



idoso

9º CONGRESSO
NACIONAL

26-27|junho|2015

Centro de Congressos de Vilamoura

Programa
Científico

Geriatrics 2015

A idade & o conhecimento
aliados no futuro





Por uma Medicina Geriátrica atualizada e competente

Hoje em dia, nos países ocidentais, a maioria das pessoas pode aspirar viver até aos 80-85 anos. Todavia, viver mais não significa viver melhor. Na sociedade portuguesa, é essencial diminuir o tempo de doença e/ou invalidez que precede a morte. Para tal, destaco como «armas» o exercício físico, a dieta apropriada, não fumar, não beber em excesso e evitar os poluentes. Além disso, há duas áreas de intervenção importantes: o tratamento das comorbilidades de forma adequada e atempada e a ocupação até fases tardias da vida – o dito envelhecimento ativo.

O Congresso Nacional do Idoso é, atualmente, a reunião científica dedicada à Medicina para este grupo etário, mais participada no nosso País, sendo marcada pelo que me parece a mais importante neste contexto - a multidisciplinaridade. As sinergias entre as várias especialidades e competências são cruciais para que os nossos seniores tenham acesso a uma Medicina Geriátrica atualizada e competente.

O desenvolvimento da Medicina Geriátrica, num país que tem mais idosos do que jovens, é de óbvio interesse. Os idosos encerram em si uma enorme riqueza, pelo seu conhecimento e pelas suas capacidades e habilidades. É por eles, e para eles, que este Congresso existe.

Aproveito para destacar a Conferência Inaugural “Velho sim mas não acabado”, proferida pelo Dr. José António Lopez Trigo, presidente da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, que para além de nos honrar com a Sua presença, também nos concedeu o patrocínio oficial a esta 9.ª edição do Congresso Nacional do Idoso.

Destaco, igualmente, a interessante exposição de objetos cirúrgicos antigos do Dr. A. J. Oliveira Pedro patente neste Congresso (página 9).

Por último, quero agradecer a todos os elementos da Comissão Organizadora e Científica, a todos os convidados que aceitaram integrar o programa, a todos os profissionais que enviaram os seus trabalhos científicos e também à Indústria Farmacêutica o seu apoio, que nos garante a realização deste Congresso.

A todos desejo uma excelente estadia em Vilamoura e que usufruam ao máximo do programa científico deste 9º Congresso!

José Canas da Silva
Presidente da Comissão Organizadora





Comissão de Honra

PRESIDENTE:

Presidente da República | Ministro da Saúde | Ministro da Solidariedade, do Emprego e da Segurança Social | Bastonário da Ordem dos Médicos | Presidente do Colégio de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos | Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | Presidente do Conselho Directivo da ARS de Lisboa e Vale do Tejo | Presidente do Conselho Directivo do Instituto da Segurança Social | Bastonário da Ordem dos Enfermeiros | Bastonário da Ordem dos Psicólogos Portugueses | Presidente do Secretariado Nacional da União das Misericórdias Portuguesas | Presidente da Câmara Municipal de Loulé



Comissão Organizadora

PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia

PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA Professor Catedrático de Psiquiatria, Jubilado, da FMUP; Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras) (1992-2014); Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina (1994-2014); Membro Honorário da World Psychiatry Association (WPA) 2014; Presidente Cessante da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2009-2012); Coordenador do Mestrado de Gerontologia Social Aplicada – Univ. Católica de Braga (2003-2014); Ex-Diretor do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João – Porto (1991-2009) > **DRA. ANABELA PINTO** Especialista em Gastrenterologia, Assistente Hospitalar Graduada de Gastrenterologia, CUF Alvalade > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa > **PROFª DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Diretor de Serviço no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, Tocha > **DR. MANUEL COSTA MATOS** Chefe de Serviço de Medicina Interna; HPP, Hospital de Cascais > **DR. PAULO PINA** Assistente de Medicina Interna; Doutorando em Medicina e Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DR. PEDRO CANAS DA SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Cardiologia; Responsável pela Unidade de Cardiologia de Intervenção, Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte EPE



Comissão Científica

PRESIDENTE: PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA Professor Catedrático de Psiquiatria, Jubilado, da FMUP; Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras) (1992-2014); Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina (1994-2014); Membro Honorário da World Psychiatry Association (WPA) 2014; Presidente Cessante da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2009-2012); Coordenador do Mestrado de Gerontologia Social Aplicada – Univ. Católica de Braga (2003-2014); Ex-Diretor do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João – Porto (1991-2009)

PROF. DOUTOR A. GALVÃO-TELES Professor Jubilado de Endocrinologia da Faculdade de Medicina de Lisboa; Presidente do Observatório de Obesidade e do Controlo do Peso (ONOCOP); Presidente do Núcleo de Endocrinologia, Diabetes e Obesidade (NEDO); Coordenador do Centro de Endocrinologia do Hospital da CUF > **PROF. DOUTOR ALFREDO MOTA** Chefe de Serviço de Urologia; Diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Professor de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra > **DRA. BEATRIZ CRAVEIRO LOPES** Chefe de Serviço de Anestesiologia; Coordenadora da Unidade de Dor, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. BENEDITA NUNES** Assistente Social; Chefe de Serviço; Hospital Garcia de Orta, Almada > **DR. BONNET MONTEIRO** Chefe de Serviço de Medicina Interna, Hospital de S. João, Porto > **PROF. DOUTOR CARLOS VAZ** Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Assistente Graduado de Reumatologia, Serviço de Reumatologia do Centro Hospitalar do Hospital de S. João, Porto > **DR. CELSO PONTES** Chefe de Serviço de Neurologia; Presidente do Colégio de Neurologia da Ordem dos Médicos; Consultor da APFADA e da Sociedade Portuguesa de Neurologia > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela Universidade de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa > **DRA. CRISTINA MAIA E COSTA** Assistente de Clínica Geral; Sávila, EDP > **ENFª EMÍLIA DE ALMEIDA PINHEIRO** Enfermeira Chefe, Hospital Garcia de Orta, Almada > **DRA. FÁTIMA ROMÃO** Chefe de Serviço de Ginecologia, Hospital do SAMS, Lisboa > **DR. FERNANDO VAZ GARCIA** - Responsável Clínico da EQUI - Clínica da Vertigem e Desequilíbrio, Hospital Particular de Lisboa > **PROFª DOUTORA FILOMENA MENDES** Professora Associada do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora; Presidente da Direção da Associação Portuguesa de Demografia > **PROF. DOUTOR GERMANO DE SOUSA** Especialista em Patologia Clínica; Ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, Lisboa > **DRA. INÉS GUERREIRO** Especialista em Sociologia; Ex-Coordenadora da Rede de Cuidados Continuados Integrados > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hospital da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **DR. JOÃO DANTAS CARDOSO** Assistente Hospitalar Graduado de Pneumologia; Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Marta, Lisboa > **DR. JORGE LAÍNS** Assistente Hospitalar Graduado; Diretor de Serviço no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais, Tocha > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hospital Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA** Assistente Hospitalar Graduado de Medicina Interna; Responsável da Consulta de Lipidologia do Departamento de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Bastonário da Ordem dos Médicos > **PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SIMÕES** Professor Catedrático; Departamento de Geografia da Universidade de Lisboa > **DR. LEOPOLDO MATOS** Diretor Clínico do Hospital



dos Lusíadas; Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia > **DR. MANUEL COSTA MATOS** Chefe de Serviço de Medicina Interna; HPP, Hospital de Cascais > **DR. MANUEL MENDES SILVA** Chefe de Serviço de Urologia; Serviço de Urologia do Hospital St. Louis, Lisboa > **DRA. MARIA DO CÉU SANTO** Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, com grau de Consultora, Hospital de Santa Maria, Lisboa > **PROF^a DOUTORA MARIA JOÃO GOMES** Professora Catedrática de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa > **PROF^a DOUTORA PAULA SANTANA** Professora Catedrática; Instituto de Estudos Geográficos da Universidade de Coimbra



Comissão de Avaliação de Posters

PRESIDENTE: DR. JOSÉ CANAS DA SILVA Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hosp. Garcia de Orta, Almada; Presidente Eleito da Sociedade Portuguesa de Reumatologia > **DRA. BENEDITA NUNES** Assistente Social; Chefe de Serviço; Hosp. Garcia de Orta, Almada > **ENF^a CATARINA PAZES** Enf. Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestre em Cuidados Paliativos; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+(ACES – ULSBA), Beja > **DRA. CRISTINA GALVÃO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Assistente Graduada de Clínica Geral, Centro de Saúde de Beja; Assessora da Região de Saúde do Alentejo para os Cuidados Paliativos; Mestre em Gerontologia pela Univ. de Salamanca, Espanha; Mestre em Cuidados Paliativos pela Universidade de Lisboa > **DRA. HELENA SALAZAR** Psicóloga Clínica da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACES Arrábida; Mestre em Cuidados Paliativos pela F. M. L.



Presidentes, Moderadores e Palestrantes

DR. A. PEPE CARDOSO Assistente Hosp. Graduado de Urologia, Serviço de Urologia do Hosp. Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE; Presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia > **PROF. DOUTOR A. PACHECO PALHA** Professor Catedrático de Psiquiatria, Jubilado, da FMUP; Diretor Clínico da Casa de Saúde Bom Jesus (Irmãs Hospitaleiras) (1992-2014); Diretor Clínico da Casa de Saúde de Santa Catarina (1994-2014); Membro Honorário da World Psychiatry Association (WPA) 2014; Presidente Cessante da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental (2009-2012); Coordenador do Mestrado de Gerontologia Social Aplicada – Univ. Católica de Braga (2003-2014); Ex-Diretor do Serviço de Psiquiatria do Hosp. de S. João, Porto (1991-2009) > **DRA. ANA BERNARDO** Assistente de Clínica Geral; Mestre em Cuidados Paliativos; Diretora Clínica do Hosp. de N. Senhora da Arrábida, Azeitão > **DRA. ANABELA PINTO** Especialista em Gastroenterologia, Assistente Hosp. Graduada de Gastroenterologia, CUF Alvalade > **DR. ANTÓNIO DINIZ** Assistente Hosp. Graduado de Pneumologia, Centro Hosp. Lisboa Norte EPE, Hosp. Pulido Valente; Diretor do Programa Nacional para a Infecção VIH/Sida > **DR. ANTÓNIO LEUSCHNER** Presidente do Conselho de Administração do Hosp. de Magalhães Lemos EPE, Porto > **DR. ANTÓNIO ROBALO NUNES** Médico Imunohemoterapeuta; Responsável pelo Sector Clínico - Consulta e Hosp. de Dia do Centro Hosp. Lisboa Norte EPE, Hosp. Pulido Valente, Lisboa > **PROF. DOUTOR ARMANDO MANSILHA** Cirurgia Vasculiar, Hosp. de S. João e Hosp. da CUF, Porto > **DRA. ARMINDA VEIGA** Assistente Graduada de Cardiologia, Hosp. de Santa Maria, Centro Hosp. Lisboa Norte EPE > **PROF. DOUTOR CARLOS PEREIRA ALVES** Cirurgia Geral, Hosp. da Ordem Terceira, Lisboa > **PROF. DOUTOR CARLOS SILVA** Assistente Hosp. Graduado de Urologia, Hospital de S. João; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto > **PROF. DOUTOR CARLOS VAZ** Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Assistente Graduado de Reumatologia, Serviço de Reumatologia do Centro Hosp. do Hosp. S. João, Porto > **ENF^a CATARINA PAZES** Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária; Mestre em Cuidados Paliativos; Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos Beja+ (ACES – ULSBA), Beja+ > **DRA. CLÁUDIA BULHÕES** Especialista em Medicina Geral e Familiar, USF de Vila Verde > **DRA. CRISTINA MAIA** Assistente de Clínica Geral; Sãvida, EDP > **DR. FRANCISCO CARRILHO** Director do Serviço de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo do CHUC > **DRA. HELENA BÁRRIOS** Mestre em Cuidados Paliativos; Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa na área da Geriatria; Perita do projeto VIDAS e responsável pela formação neste projeto a nível Nacional; Membro da Direção Clínica do Hosp. do Mar e do Conselho Clínico Superior do Grupo Luz Saúde; Responsável Clínica pela Unidade Residencial para Demências da Casa da Cidade e da Residência Casa dos Leões > **DRA. HELENA BEÇA** Assistente de Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Espinho > **DRA. INÊS GUERREIRO** Especialista em Sociologia; Ex-Coordenadora da Rede de Cuidados Continuados Integrados, Lisboa > **DRA. ISABEL GALRIÇA NETO** Diretora da Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos do Hosp. da Luz; Assistente da Faculdade de Medicina de Lisboa; Deputada pelo CDS-PP > **PROF. DOUTOR JOÃO MAIA E SILVA** Professor de Dermatologia e Venereologia, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Clínica Universitária de Dermatologia, Hosp. Santa Maria; Centro de Dermatologia, Hospital CUF Descobertas, Lisboa > **DR. JOSÉ ANTÓNIO LÓPEZ TRIGO** Presidente da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Espanha > **DR. JOSÉ CANAS DA SILVA** Chefe de Serviço de Reumatologia, Diretor do Serviço de Reumatologia do Hosp. Garcia de Orta, Almada > **PE. DOUTOR JOSÉ NUNO SILVA** Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa do Centro Hosp. de S. João; Porto > **PROF. DOUTOR JORGE FONSECA** Chefe de Serviço de Gastroenterologia, Serviço de Gastroenterologia, Hosp. Garcia de Orta, Almada; Professor Associado do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz > **PROF. DOUTOR JORGE POLÓNIA** Médico Especialista em Medicina Interna e Farmacologia Clínica, ULS Matosinhos e Professor na FMUP > **DR. LUÍS ANTUNES** Diretor do Serviço de Otorrinolaringologia do Hosp. Garcia de Orta, Almada > **PROF. DOUTOR LUIZ SANTIAGO** Especialista em Medicina Geral e Familiar; Centro de Saúde de Eiras; Ex-Coordenador da Sub-Região de Saúde de Coimbra > **DR. MANUEL CALDAS DE ALMEIDA** Diretor do Hosp. Residencial do Mar > **PROF. DOUTOR MANUEL TEIXEIRA VERÍSSIMO** Especialista em Medicina Interna, Centro Hosp. e Universitário de Coimbra, EPE; Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra > **DR. NUNO CORTEZ-DIAS** Assistente Hospitalar de Cardiologia, Hospital de Santa Maria, CHLN, EPE > **DR. PAULO FELICÍSSIMO** Diretor da Unidade de Ortopedia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca EPE, Amadora > **DR. PAULO PINA** Assistente de Medicina Interna; Doutorando em Medicina e Mestre pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa > **DR. PEDRO CARRILHO FERREIRA** Assistente Hosp. de Cardiologia, Hosp. Santa Maria, CHLN, EPE > **DR. PEDRO FREITAS** Especialista em Medicina Interna, Lisboa > **DR. RUI CERNADAS** Médico Especialista em Medicina Geral e Familiar; Vice-Presidente do Conselho Diretivo da ARS Norte; Competência em Medicina Farmacêutica pela Ordem dos Médicos > **DR. RUI DUARTE** Médico especialista em Medicina Interna, APDP > **DRA. TERESA LAGINHA**, Especialista em Medicina Geral e Familiar; Chefe de Serviço de Clínica Geral; Terapeuta Familiar, Lisboa > **PROF^a DOUTORA TERESA PAIVA** Chefe de Serviço de Neurologia; Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; Aposentada > **PROF. DOUTOR WALTER OSSWALD** Professor Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto





08.00h Abertura do Secretariado

09.00-10.30h **SESSÃO 1**

QUANDO OS SINAIS NÃO SÃO EVIDENTES

Moderadoras: Dra. Anabela Pinto e Dra. Helena Beça

Anemia: Causas e terapêutica (20m)

Dr. António Robalo Nunes

Alimentação e nutrição artificial (20m)

Prof. Doutor Jorge Fonseca

Alterações dermatológicas: Normais e patológicas (20m)

Prof. Doutor João Maia e Silva

Perguntas & Respostas (30m)

10.30-11.00h Intervalo

11.00-12.00h **CERIMÓNIA DE ABERTURA**

CONFERÊNCIA INAUGURAL: VELHO SIM, MAS NÃO ACABADO!

Presidentes: Dr. José Canas da Silva e Prof. Doutor A. Pacheco Palha

Palestrante: Dr. José António López Trigo

12.00-13.00h

SIMPÓSIO



Bristol-Myers Squibb



**DOENÇA VENOSA CRÓNICA E DOENÇA TROMBOEMBOLICA VENOSA:
O QUE AS UNE E AS DISTINGUE?**

Moderador: Dr. José Canas da Silva

Os estádios da doença venosa crónica, prevenção, tratamento e riscos

Prof. Doutor Armando Mansilha

Doença tromboembólica venosa, novidades na ACO: AMPLIFY e AMPLIFY – EXT

Prof. Doutor Carlos Pereira Alves

13.00-14.00h Almoço

14.00-15.20h **SESSÃO 2**

CARDIOLOGIA GERIÁTRICA

Moderadores: Dra. Arminda Veiga e Dra. Cristina Maia e Costa

Fibrilhação auricular e outras arritmias (20m)

Dr. Nuno Cortez-Dias

Avaliação do ECG e ecocardiograma (20m)

Dr. Pedro Carrilho Ferreira

Anticoagulação (20m)

Dra. Arminda Veiga

Perguntas & Respostas (20m)

15.20-16.20h **SIMPÓSIO**  **sanofi pasteur MSD**
vacinas para a vida

**HERPES ZOSTER – IMPACTO DA DOENÇA E BENEFÍCIOS
DA SUA PREVENÇÃO PELA VACINAÇÃO**

Moderador: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo

Palestrantes: Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e Dr. Pedro Freitas

16.20-16.40h Intervalo

16.40-18.00h **SESSÃO 3**

DOENÇAS ASSOCIADAS AO ENVELHECIMENTO

Moderadores: Prof. Doutor A. Pacheco Palha e Dra. Teresa Laginha

Demências (20m)

Dr. António Leuschner

Perturbações do sono (20m)

Profa. Doutora Teresa Paiva

Alterações da audição (20m)

Dr. Luís Antunes

Perguntas & Respostas (20m)

18:00h Fim das Sessões do 1º Dia



idoso
**9º CONGRESSO
NACIONAL**

Sábado
27
junho
2015



Programa Científico

07:30h Abertura do Secretariado

08.00-09.00h Apresentação de Posters Seleccionados

09.00-10.30h **SESSÃO 4**

QUANDO TRATAR E QUANDO REFERENCIAR

Moderadores: Prof. Doutor Carlos Vaz e Prof. Doutor Luiz Santiago

Osteoporose (20m)

Dr. José Canas da Silva

Gonartrose e coxartrose: Quando enviar ao ortopedista (20m)

Dr. Paulo Felicíssimo

Dor crónica (20m)

Dr. Paulo Pina

Impacto da terapêutica com AINE's na população idosa (10m)

Prof. Doutor Luiz Santiago

Perguntas & Respostas (20m)

10.30-11.00h Intervalo

11.00-12.00h **SESSÃO 5**

PARA GRANDES PROBLEMAS, GRANDES RESPOSTAS

Moderadores: Dr. Manuel Caldas de Almeida e Dra. Inês Guerreiro

O Idoso institucionalizado (20m)

Dra. Helena Bárrios

Inserção do Idoso na comunidade (20m)

Pe. Doutor José Nuno Silva

Perguntas & Respostas (10m)

12.00-13.00h

SIMPÓSIO



EXPLORANDO O CAMINHO MAIS SIMPLES NO TRATAMENTO DO DOENTE DIABÉTICO IDOSO

Presidente: Dr. Francisco Carrilho

A diabetes no doente idoso: Quais os desafios que se colocam?

Dr. Rui Duarte

Simplificando o tratamento da DT2: O papel da linagliptina

Prof. Doutor Jorge Polónia

13.00-14.00h Almoço

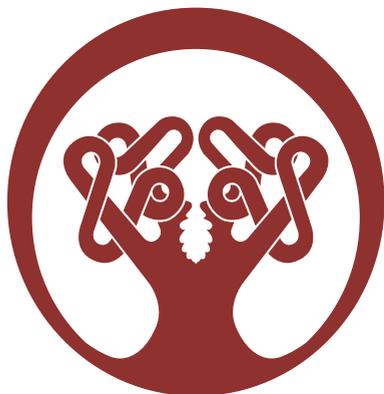


14.00-15.00h **SIMPÓSIO** 
NOVIDADES NO TRATAMENTO DE LUTS/HBP
Prof. Doutor Carlos Silva
Dra. Cláudia Bulhões

15.00-16.30h **SESSÃO 6**
CUIDADOS EM FIM DE VIDA
Moderadoras: Dra. Isabel Galriça Neto e Dra. Cristina Galvão
Será que o doente deve ser hospitalizado? (20m)
Enfa. Catarina Pazes
Cuidados continuados (20m)
Dra. Ana Bernardo
Sobre a Morte e o Morrer (20m)
Prof. Doutor Walter Osswald
Perguntas & Respostas (20m)

16.30-17.30h **SESSÃO 7**
VANTAGENS E RISCOS DO AVANÇO TECNOLÓGICO
Moderadores: Dr. A. Pepe Cardoso e Dr. Rui Cernadas
Disfunção erétil (20m)
Prof. Doutor Carlos Silva
HIV (20m)
Dr. António Diniz
Perguntas & Respostas (20m)

17.30h Encerramento do Congresso e entrega de Certificados



idoso
10º CONGRESSO
NACIONAL
20 | 21 | Maio | 2016
Geriatrics 2016





APRESENTAÇÃO

Ao longo dos últimos 10 séculos, as artes médico-cirúrgicas evoluíram acompanhando as demais artes e ciências, explorando sempre novas formas para resolver velhos problemas.

Os objectos que se desenvolveram em função de determinadas necessidades, mostram formas e sobretudo decorações, que deixam adivinhar não apenas as técnicas cirúrgicas, mas também caracterizam os estilos dos povos e das épocas em que foram usados, mas a sua concepção obedecia sempre a uma filosofia adequada à época e à região de onde eram oriundos.

Sabia-se que a religião e os seus conceitos, deveria aprovar as técnicas (e portanto as formas dos objectos), assim como a adequação das suas decorações, sob pena de destruição dos mesmos em caso de incumprimento das referidas regras.

Pela breve apreciação deste pequeno espólio exposto, percebemos o nível técnico dos diferentes artífices, ficando bem claro que os diferentes possuidores dos referidos objectos, deveriam ter níveis sócio económicos bastante diferentes, atendendo ao facto da riqueza decorativa de cada peça, reflectir o gosto e a capacidade económica do seu possuidor.

Em épocas remotas, cada encomenda de qualquer objecto mais especial, era rodeada dos maiores cuidados, não apenas na confecção personalizada do referido artigo, mas também no desejo geralmente ímpar de agradar ao cliente, procurando assim garantir novas encomendas. Infelizmente, a memória escrita e iconográfica, sobre as técnicas de confecção de antigos objectos usados em actos cirúrgicos, sempre foi escassa e actualmente é raríssima, dificultando muito a interpretação e a classificação de alguns itens.

Muitos exemplares são ainda hoje confundidos com miniaturas de armas brancas antigas, ou ainda desprezados, por se assemelharem a simples objectos de uso doméstico, como facas, navalhas, sovelas, adagas, afiadores de penas, ou ainda lâminas para variados outros usos, na caça ou na guerra.

Compreender a época da confecção, o estilo decorativo e a origem de cada objecto, é hoje em dia uma tarefa complexa, que necessita de inúmeras fontes, para uma análise comparativa cuidadosa dos exemplares sobreviventes, para poder distinguir os originais integros, dos seus pares já abastardados, geralmente por usos posteriores ou em épocas mais recentes.

A classificação que propomos, para poder distinguir os objectos desta natureza, baseia-se nas classificações comuns dos antigos espadeiros portugueses, que eram também os antigos fabricantes deste tipo de "facas e bisturis", e que separavam as suas lâminas em três grupos, de acordo com a função a que se destinavam: lâminas cortantes, perfurantes e combinadas.

Ficam de fora uma multiplicidade de outros objectos e adereços de uso médico, que acompanhavam o uso dos "cortantes e perfurantes", e os quais não sendo menos importantes, devem contudo ser objecto de análises separadas e igualmente aprofundadas, que escapam agora ao objectivo deste singelo texto de apresentação.

SANGRADORES



Instrumento Cirúrgico Português do séc. XVII – "sangrador"



Instrumento Cirúrgico Otomano do séc. XVII – "sangrador"



Instrumento Cirúrgico Francês do séc. XVI – "sangrador"

Os antepassados dos bisturis eram as "sangradoras" e as "facas de separar", que obedeciam ao conceito medieval filosófico cristão de Santo Agostinho, que entendia como adequada a separação do bem e do mal, autorizando a separação das partes do corpo como gesto de partilha ou dádiva, exactamente como seria necessário para afastar parcelas "inundadas de humores pútridos", pois para "garantir a salvação da alma, por vezes era necessário salvar-se a carne boa que a sustentava".

A caracterização desta ferramenta baseia-se num único bordo inferior muito cortante e geralmente de ponta romba, com cabos de formas e decorações muito variadas, que se adequam à época e ao gosto do seu possuidor.

No mundo Islâmico medieval também existiam sangradoras, mas obedecendo ao conceito filosófico sufi, da necessidade de "libertação das tensões dos humores malignos", sendo também considerada indigna, a separação de partes do corpo, pois diminuía de tal forma o homem, que este ficaria reduzido à condição de monstro caso sobrevivesse, pelo que geralmente se evitava a amputação.

AS LÂMINAS DE COMBINADOS



Instrumento Cirúrgico Persa do início do séc. XVI – “Zirah”

A herança do bisturi indopersa do período pós medieval, aparece consagrada na primeira lâmina combinada da história médica – o “zirah” – que apresenta funções de predomínio cortante no seu fio ao longo de todo o bordo inferior, mas junta-lhe um meio contra-fio igualmente cortante no terço anterior do bordo superior e uma ponta altamente perfurante, adequada às funções de trépano ou estilete para drenagem de abscessos e pústulas. Os médicos otomanos usaram-no até finais do séc. XVIII, quando o despontar da era industrial e as novas técnicas cirúrgicas europeias, começaram também a invadir o mundo islâmico e os pontos mais distantes do globo.

TRÉPANOS E ESTILETES



Instrumento Cirúrgico Inglês do séc. XVIII – “trépano”



Instrumento Cirúrgico Português do séc. XVIII - “Estilete”

As versões europeias mais recuadas dos estiletos e trépanos são hoje muito raras, pois muitas readquiriam novos usos, quando foram abandonadas ou esquecidas pelos seus donos originais. É infelizmente neste estado que por vezes aparecem, transformadas sobretudo ao longo de todo o século XIX, em lâminas de apoio ao piol, lâminas para dividir pequenas peças de caça e finalmente como lâminas de uso doméstico, por total ignorância dos seus possuidores, da sua verdadeira função.

O trépano ou estilete caracteriza-se por uma lâmina de predomínio perfurante, geralmente com dimensões reduzidas para melhor aplicação da força sobre um único ponto alvo, de acordo com as leis de Arquimedes e com pegas ou cabos muito variados, que reflectem sempre a época da confecção e o gosto do seu possuidor original.

FAÇAS DE CURANDEIROS AFRICANOS



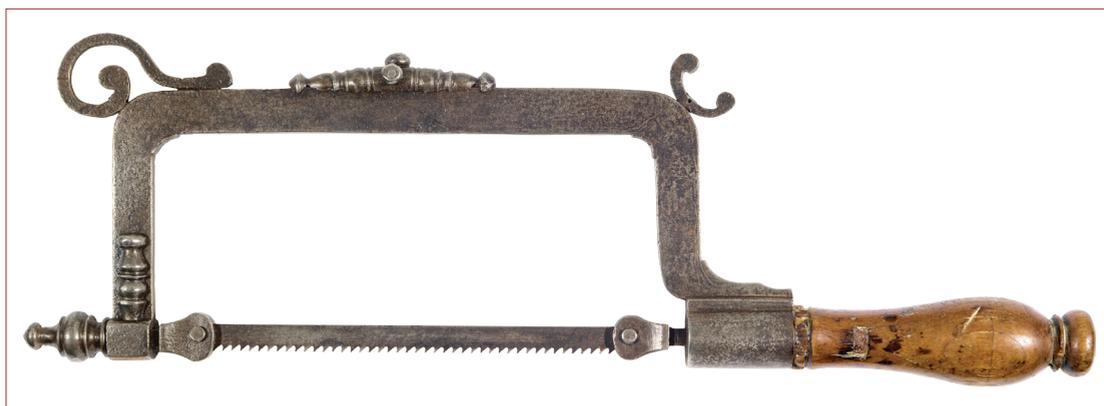
Instrumento Cirúrgico Africano - Congo do séc. XIX – “Chipopo”



Faca de feiticeiro Africano dos Macuas séc XIX - "Omoko"

São também muito raras as facas do feiticeiro curandeiro de origem africana, das mais variadas etnias da profunda África negra, mas há alguns registos sobretudo dos famosos chipopos (existindo um único exemplar no Museu de Etnografia de Lisboa). O chipopo era a faca para praticar as circuncisões nos prepúcios dos infantes recém-nascidos. Este tipo de pequena faca, caracteriza-se por ser extremamente prática, apresentando sempre pequenas dimensões, pega ou lâmina curva e sobretudo o único bordo cortante. As suas decorações são directamente dependentes da época e da tribo ou etnia que o fabricou.

FACAS E SERRAS DE AMPUTAR



Instrumento Cirúrgico Português do séc. XVIII – “Serra para amputações”

As amputações no passado medieval só eram praticadas com “cutelos de amputar”, pois o culto católico apostólico romano, claramente proibia actividades indignas sobre os corpos, como abrir, dissecar, serrar, etc..., sendo as actividades cirúrgicas, praticadas geralmente no maior segredo e o treino, era realizado em cadáveres de indigentes, “roubados” ao cemitério. Na era pós Luterana, a concepção de prática cirúrgica foi ganhando notoriedade, e passou a ser permitido realizar alguns estudos “in vivo” e “pos-mortem”, desde que devidamente autorizados pelas autoridades religiosas. Apareceram então os primeiros facões serrilhados e depois as serras de amputar já no início do séc. XVII.



Kit de Instrumentos Cirúrgicos Portugueses do início do séc. XIX – “Bisturi, agulha e pinça”

Imagens da coleção particular de Dr. A. J. Oliveira Pedro
Fotografias de Carlos Manuel Fernandes





Resumos dos Posters



P 01

DEMÊNCIA NO PRÉ-IDOSO – CADASIL, UMA DOENÇA ESCONDIRA 20 ANOS

Marta Lopes¹, Teresa Pereira Leite², David Rodrigues¹, Nídia Nunes¹, Susana Lourenço¹, Jorge Lorga Ramos¹

¹USF Planície, ACES Alentejo Central; ²USF Alcáides, ACES Alentejo Central

Enquadramento: CADASIL (*Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*) é uma arteriopatía cerebral, autossómica dominante, associada ao gene NOTCH3. Tem uma prevalência estimada de 4/100000 e manifesta-se por acidentes vasculares cerebrais, demência e cefaleias.

Descrição do caso: Mulher, 60 anos, caucasiana. Antecedentes familiares: pai com 87 anos com doença de Alzheimer, mãe falecida aos 70 anos com quadro demencial. Tem 2 filhos e 4 netos.

Desde jovem com queixas de parestesias, cefaleias, humor deprimido, esquecimentos e ansiedade. Em 1998 teve episódio súbito de hemiparesia direita de predomínio braquial. Realizou ressonância magnética encefálica com múltiplas lesões hipodensas da substância branca cerebral sugestivas de desmielinização. Foi estabelecido o diagnóstico de esclerose múltipla e a doente foi medicada com interferon-beta. Desde então manteve acompanhamento regular na neurologia com deterioração física progressiva motora e sensitiva e agravamento insidioso do quadro demencial.

No final de 2014, perante a sua história clínica e as queixas iniciais da sua filha de enxaquecas, adinamia e parestesias, realizou-se uma investigação genética da doente que detetou a mutação C.752G<A (p.Cys251Tyr) em heterozigotia no gene NOTCH3. Suspendeu-se interferon-beta e os filhos da doente foram referenciados para a consulta de genética, aguardando resultado do estudo do *Cadasil*.

Discussão: Este caso salienta que as demências não são exclusivas dos idosos. Quando presentes devem motivar uma investigação exaustiva com integração de todos os dados da história clínica para um correto diagnóstico. Neste caso, 20 anos de um diagnóstico incorreto poderão ter comprometido toda uma família face à hereditariedade do *Cadasil*.

P 02

TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA COM OPIÓIDES: ADEQUAÇÃO E PARTICULARIDADES NO IDOSO

Tânia Sequeira, Janine Correia
UCSP Marvila, USF Oriente

Introdução: A dor é uma condição clínica comum na população geriátrica, frequentemente subestimada e subtratada. Concomitantemente, a prescrição de analgésicos opióides no tratamento da dor crónica moderada a grave do idoso tem sido insuficiente face às recomendações existentes, levando à necessidade de um melhor conhecimento do tema.

Objetivo: Rever a evidência existente relativa ao uso e às características farmacológicas dos diferentes opióides na população idosa, em contexto de ambulatório.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica, de artigos publicados nos últimos 10 anos, na base de dados da *MedLine/Pubmed*, *Cochrane Library* e *NICE*, com as seguintes palavras-chave: *opioid*, *elderly*, *equianalgesic*, *chronic pain*. Foram também avaliadas as normas de orientação clínica da DGS.

Resultados: Existe evidência de que os opióides são uma opção fundamental para a dor moderada a grave no idoso. Qualquer fármaco

desta classe pode realizar uma analgesia eficaz, desde que: a dose seja adequada ao contexto clínico do idoso, seja conhecida a dose exato, seja instituída terapêutica SOS e se previna a ocorrência de efeitos adversos.

Disussão/Conclusões: O tratamento da dor no idoso é uma tarefa complexa que requer uma abordagem personalizada. O medo do recurso aos opiáceos deve ser combatido através do estudo e progressiva utilização na clínica, através do uso de tabelas equianalgésicas e do seguimento próximo dos utentes. Todos os opióides podem ser prescritos no idoso com dor crónica, desde que cada um deles seja adequado à situação clínica do doente e às diferentes comorbilidades.

P 03

PAPILOMATOSE DUCTAL

Ana Silva, Joana Castanheira, Ângela Alves, Pedro Coutinho
USF Santo António

Enquadramento: A papilomatose ductal é um processo proliferativo epitelial da parede dos ductos da mama. Esta é a responsável por cerca de 50% das secreções mamilares de causa patológica, podendo ser de conteúdo seroso ou hemático. Apesar de ser uma patologia benigna, pode conter áreas de atipia ou de carcinoma in situ. O seu tratamento passa pela sua remoção.

Descrição de caso: Utente do sexo feminino, 79 anos, divorciada. Antecedentes de dislipidemia, diabetes, discinesia tardia e depressão. Utente recorre a consulta aberta em Fevereiro de 2015, por queixas de secreção mamilar sanguinolenta à esquerda. Ao exame objetivo apresentava retração da mama esquerda, palpava-se nódulo retroareolar, com secreção de conteúdo sero-hemático. Foi pedida mamografia e ecografia mamária. Ecografia mamária demonstrou, na mama esquerda “ectasia ductal, com localização retroareolar com nódulo polilobulado suspeito de 15x8mm” e mamografia “alterações nodulares no quadrante supero-interno esquerdo, retroareolar (...) a condicionar distorção do estroma”. Perante os achados, a utente foi encaminhada para a consulta externa de ginecologia, com carácter urgente. Na consulta de senologia foi realizada biópsia que revelou “tumor papilar”. Em consulta de grupo optou-se pela exérese cirúrgica da lesão. Foi submetida em Março de 2014 a tumorectomia, tendo o exame histológico revelado: “Papilomatose Retroareolar”.

Discussão: Apesar da secreção mamilar sanguinolenta ser considerada um sinal de alarme para cancro da mama, e, como tal motivado de grande ansiedade, é numa grande porção causado por papilomas ductais. Cabe ao Médico de Família estar preparado para reconhecer e encaminhar corretamente a utente, explicando os possíveis diagnósticos deste sinal.

P 04

CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS E ANÁLOGOS NA POPULAÇÃO IDOSA VIGIADA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – UMA CHAMADA DE ATENÇÃO

Cátia Amado¹, Magali Abreu², Teresa Guerra²

¹USF Rodrigues Miguéis, ²USF Gerações (extensões de Benfica)

Introdução: As perturbações psiquiátricas afetam mais de 1/5 da população portuguesa, maioritariamente perturbações de ansiedade (16,5%) e depressão (7,9%). O consumo nacional de benzodiazepinas e análogos é dos mais altos da Europa – 24,3% das mulheres e 9,8% dos homens – e tem uma tendência crescente. Estes números apontam para a possibilidade de prescrição não concordante com as indicações terapêuticas definidas, sendo necessária a caracterização



da prescrição por lista de utentes para a tomada de medidas corretoras. O estudo dirigido à população idosa assume particular relevância pela maior vulnerabilidade e potencial de risco associado ao efeito deste grupo farmacológico.

Objetivos: Estudar a prevalência de utentes idosos vigiados nos CSP com prescrição de benzodiazepinas e análogos.

Materiais e métodos: Estudo observacional transversal descritivo. Amostra de conveniência; população: utentes idosos que recorrem aos CSP.

Critérios de inclusão: utentes ≥ 65 anos das listas das autoras

Critérios de exclusão: utentes sem inscrição ativa, utentes com inscrição esporádica, utentes falecidos

Variáveis: sexo; benzodiazepinas e análogos prescritos

Colheita de dados: módulo Estatística do programa de apoio informático à consulta, MedicineOne, 18 de Maio de 2015

Análise estatística: Microsoft Excel 2013

Resultados: Foram estudados 1205 utentes – 304, 348 e 553 por lista. No total, 70.6% tinha em curso medicação com benzodiazepina ou análogo – 63.8%, 71.8% e 73.6% por lista, respetivamente. O maior consumo verificou-se no sexo feminino, com 49.6% do total de utentes – 50.0%, 53.7% e 46.8% por lista, respetivamente. As benzodiazepinas mais prescritas foram o alprazolam (22.0%) e o diazepam (19.7%) nas três listas.

Discussão/Conclusão: A elevada taxa de consumo de benzodiazepinas e análogos nos utentes idosos das listas estudadas constitui um importante alerta para a necessidade da revisão contínua da sua indicação para cada utente, incluindo na decisão de prescrição inicial como na sua continuidade.

P 05

PRESCRIÇÃO DE ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS/SEDATIVOS NOS IDOSOS DE 3 UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR

Renata Almeida, Diana Vaz de Miranda, Ana Rita Ferreira
USF São Julião, Figueira da Foz; USF S. Nicolau, Guimarães;
USF Santiago, Leiria

Introdução: Os Ansiolíticos/hipnóticos/sedativos são fármacos indicados no tratamento da ansiedade e para a indução e manutenção do sono, devendo o uso ser limitado no tempo. Portugal é um dos países europeus com maior consumo destes fármacos, principalmente na faixa etária acima dos 65 anos, com efeitos secundários graves, como o risco de quedas e o comprometimento cognitivo.

Objetivos: Determinar a prevalência de utentes com idade ≥ 65 anos sem prescrição de ansiolíticos/hipnóticos/sedativos em 3 USFs (USF S. Nicolau-Guimarães, USF Santiago-Leiria e USF São Julião, Figueira da Foz) em 2014; Comparar os resultados obtidos entre as 3 USF com a realidade a nível nacional;

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional, descritivo, transversal através de dados colhidos dos programas informáticos, SINUS, Vitacare e BI USF, referentes a 2014. O processamento de dados foi realizado através do Microsoft Excel.

População: utentes inscritos nas 3 USFs com idade ≥ 65 anos; Critérios de inclusão: utentes sem prescrição de ansiolíticos/hipnóticos/sedativos em 2014.

Resultados: De um total de 6706 utentes com ≥ 65 anos pertencentes às 3 USFs, verificou-se que 4387 (65,43%) não tem prescrição de ansiolíticos/hipnóticos/sedativos em 2014, sendo a média nacional de $\approx 64,34\%$. Comparando as 3 USFs, a USF São Julião apresenta 75,48% dos 2638 utentes com ≥ 65 anos sem prescrição de ansiolíticos/hipnóticos/sedativos, a USF Santiago 63,86% dos 1652 utentes e a USF S. Nicolau 56,95% dos 2416 utentes.

Resultados: De um total de 6706 utentes com ≥ 65 anos pertencentes às 3 USFs, verificou-se que 4387 (65,43%) não tem prescrição de ansiolíticos/hipnóticos/sedativos em 2014, sendo a média nacional de $\approx 64,34\%$. Comparando as 3 USFs, a USF São Julião apresenta 75,48% dos 2638 utentes com ≥ 65 anos sem prescrição de ansiolíticos/hipnóticos/sedativos, a USF Santiago 63,86% dos 1652 utentes e a USF S. Nicolau 56,95% dos 2416 utentes.

Discussão: Atendendo aos resultados obtidos, verificou-se que o consumo de hipnóticos/sedativos/ansiolíticos na população idosa das 3 USFs é elevado, o que vai de encontro ao verificado a nível nacional. O uso excessivo destes fármacos pode significar que os tratamentos são mais prolongados que o indicado.

Os profissionais de saúde têm um papel preponderante no que concerne à prescrição e manutenção destes fármacos, de modo a minimizarem os efeitos colaterais resultantes do seu elevado consumo nesta população.

P 06

PSORÍASE – O APARECIMENTO TARDIO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Liliana Mota, Catarina Matos, Marta Ribeiro
USF Amanhecer, USF D. Diniz, USF D. Diniz

Enquadramento: A Psoríase é uma doença inflamatória crónica da pele, que pode surgir em qualquer idade. Acompanhada de inflamação sistémica associa-se frequentemente a múltiplas co-morbilidades. Afeta cerca de 1-3% da população. Atinge igualmente homens e mulheres, principalmente entre 20 e 40 anos.

Descrição: Homem, 79 anos, caucasiano, sem hábitos tabágicos. Hipertensão arterial, bócio multinodular, dislipidemia e hipertrofia benigna da próstata. Sem antecedentes de psoríase ou outras alterações dermatológicas. Em Fevereiro de 2015 vem à consulta de MGF com erupção cutânea localizada na face e couro cabeludo. Alteração de antihipertensor dois dias antes. Diagnosticado como reação alérgica ao fármaco. Volta passados 3 dias com eritema generalizado, pruriginoso, não descamativo, que afetava tronco, dorso, couro cabeludo, face e membros superiores, incluindo zonas de extensão e flexão. Encaminhado ao SU para ser observado por Dermatologista, é diagnosticado com primeiro evento de Psoríase. Medicado com Atarax + Daivobet + cuidados higiénicos corporais. Volta à consulta em Março de 2015, altura em que as lesões se apresentavam descamativas e bem delimitadas. Com a manutenção do tratamento em Abril de 2015 estava melhorado. Foi posteriormente orientado para consulta de Dermatologia.

Discussão: O controlo do processo inflamatório e a detecção precoce e correção atempada da Psoríase e das suas co-morbilidades são essenciais para garantir um estado de qualidade de vida e de saúde. A população idosa tem vindo a aumentar em Portugal pelo que há ainda a necessidade de mais pesquisas sobre a gestão da Psoríase nesta população.

P 07 – Retirado

P 08

DISCINESIA TARDIA - A PROPÓSITO DE UM CASO

Ana Silva; Joana Castanheira; Ângela Alves; Pedro Coutinho
USF Santo António

Enquadramento: Com uma prevalência estimada de cerca de 24%, a discinesia tardia caracteriza-se por movimentos involuntários periorais, língua, tronco e extremidades, em pacientes tratados a longo-prazo com antagonistas dos recetores dopaminérgicos D2 (antipsicóticos, antieméticos e antivertiginosos). Para além da exposição cumulativa aos fármacos, o sexo feminino, idade avançada, diabetes e a depressão estão entre os fatores de risco para o desenvolvimento



da patologia. O seu tratamento passa pela retirada/redução do medicamento em questão ou da sua substituição.

Descrição do caso: M.A.V.B.L., sexo feminino, 78 anos e divorciada. Antecedentes pessoais diabetes mellitus, dislipidemia e depressão. Utente recorre a consulta aberta em Fevereiro de 2014 por agravamento de movimentos coreiformes peri-orais que dificultam o discurso e a alimentação. Foi feita uma revisão da medicação da utente, verificando-se o recurso, ao longo dos anos, de diversas medicações psiquiátricas (incluindo antipsicóticos), assim como, de metoclopramida diária (sem indicação médica). Ao exame objetivo verificaram-se os movimentos periorais, com protusão da língua, sem outras alterações. Suspendeu-se a metoclopramida e feito o encaminhamento para Neurologia, por suspeita de discinesia tardia. Na consulta de Neurologia foram excluídas outras possíveis causas para o quadro, tendo sido ajustada a medicação.

Discussão: A discinesia tardia é uma complicação conhecida dos antagonistas dopaminérgicos. É o papel do Médico de Família realizar uma vigilância apertada da medicação, particularmente na população idosa, mais vulnerável ao aparecimento dos efeitos adversos dos fármacos, assim como especial atenção para o aparecimento dos primeiros sinais desta patologia. Deste modo, numa perspectiva de prevenção quaternária, deve-se evitar a medicação desnecessária.

P 09

HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA NO IDOSO

Joana Passos Fernandes

Unidade de Saúde Familiar do Feijó

Resumo: A hipotensão ortostática (HO) define-se como a diminuição da tensão arterial sistólica de 20 mmHg ou da tensão arterial diastólica de 10 mmHg, após três minutos na posição de pé quando comparada com a posição sentada ou supina. A sua prevalência aumenta com a idade afetando 30% dos adultos com mais de 65 anos. Pode ser assintomática ou sintomática, manifesta-se por tonturas, alterações da visão, fraqueza, fadiga, palpitações e cefaleias. Com menos frequência podem surgir episódios de síncope, dispneia e dor no peito. A HO pode ter várias causas como hipovolemia, insuficiência autonómica, doenças cardiovasculares, endócrinas e neurodegenerativas. Alguns fármacos também podem estar na sua origem, sendo fundamental fazer uma revisão terapêutica na abordagem inicial do doente. O objetivo do tratamento é melhorar a hipotensão, sem causar hipertensão supina. As medidas não farmacológicas incluem educar o doente relativamente às mudanças posturais, evicção de precipitantes, aumento do volume intravascular, utilização de meias elásticas e cinta abdominal. A terapêutica farmacológica deve ser usada apenas em doentes com sintomas severos e incapacitantes, para melhorar a qualidade de vida e evitar quedas que possam ser traumáticas.

P 10

DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Diogo Abreu; Maria da Luz Martins; Luís Azeredo Paixão

UCSP Fernão Magalhães

Introdução: A demência define-se como desenvolvimento de défices cognitivos múltiplos que incluem obrigatoriamente um compromisso da memória recente e, pelo menos, mais uma perturbação cognitiva (afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade executiva), com repercussão funcional. Atualmente, com o envelhecimento da

população, a sua prevalência aumentou, bem como, o número de casos de suspeita que aparecem nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Objetivos: Rever a evidência disponível sobre a abordagem diagnóstica numa suspeita de demência em CSP.

Material e métodos: Revisão bibliográfica (portuguesa/inglesa) baseada na pesquisa de artigos publicados na base de dados *PubMed* e Direção Geral de Saúde nos últimos 10 anos, utilizando os termos *MeSH: dementia, family medicine e diagnosis*.

Resultados: O diagnóstico de demência deve incluir uma história clínica com o doente e familiar com incidência na data de início do quadro, afetação dos domínios cognitivos, impacto nas atividades de vida diária; exame físico com parte neurológica; testes cognitivos breves: *Mini-Mental State Examination-MMSE* e/ou *Montreal Cognitive Assessment-MOCA* e controlo analítico com certas especificidades. Além disso, se necessário, deve fazer-se um estudo de imagem estrutural no sentido de se excluírem causas tratáveis de défice cognitivo através de TAC crânio-encefálica ou RMN.

Discussão/Conclusões: O diagnóstico de demência é principalmente clínico, sendo de maior importância a história clínica, exame físico e testes cognitivos pela sua fácil e rápida realização. O papel dos CSP nesta patologia é fulcral pela necessidade de diagnóstico precoce e possível terapêutica, bem como pela articulação com outros Cuidados de Saúde para seguimento de determinados casos.

P 11

AUTOPERCEÇÃO DA QUALIDADE DO SONO E CONHECIMENTO SOBRE MEDIDAS DE HIGIENE DO SONO NA POPULAÇÃO IDOSA

Cátia Amado¹, Magali Abreu², Teresa Guerra²

¹USF Rodrigues Miguéis, ²USF Gerações (extensões de Benfica)

Introdução: As perturbações do sono, nomeadamente a insónia, integram os 10 principais motivos de consulta e os vinte principais diagnósticos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Contudo, grande parte dos utentes não as identifica como problema – a insónia é expressa em apenas 10 a 15% dos casos. Neste sentido, importa estudar a autoavaliação da qualidade de sono e o conhecimento sobre medidas gerais de higiene do sono, o pilar da abordagem terapêutica.

Objetivos: Estudar a autoperceção da qualidade de sono dos utentes idosos vigiados nos CSP, a sua correlação com o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI) e o conhecimento sobre medidas de higiene do sono.

Materiais e métodos: Estudo observacional transversal descritivo. Amostra de conveniência: população: utentes idosos que recorrem aos CSP

Critérios de inclusão: utentes ≥ 65 anos da lista de uma das autoras (USF Rodrigues Miguéis)

Critérios de exclusão: iliteracia

Variáveis: pontuação PSQI (≤ 5 : com qualidade; > 5 : sem qualidade); autoavaliação sono reparador/ não reparador; sedativos/ hipnóticos; conhecimento sobre medidas de higiene do sono

Colheita de dados: questionário autopreenchido; 3 a 18 de Maio de 2015

Análise estatística: Microsoft Excel 2013

Resultados: Dos 87 utentes estudados, 37.9% obteve PSQI ≤ 5 e 59.8% considerou ter sono reparador, para os quais o PSQI foi ≤ 5 apenas em 48.1% dos casos. Dos 49.4% utentes que tinham expresso problemas de sono em consulta, 33% recebeu aconselhamento sobre medidas de higiene do sono. No total, 40.2% tinha medicação sedativa em curso.

Discussão/ Conclusão: Grande percentagem de utentes idosos considera ter sono reparador mas a avaliação pelo PSQI revela sono de má qualidade, constituindo a sua aplicação uma mais-valia. Por outro lado, importa reforçar o aconselhamento sobre medidas de higiene do sono.

P 12

DEPRESSÃO NO IDOSO. QUANTO TEMPO DEMORA A MÁSCARA A CAIR?

Ana Campos Portelal e Céline Rodrigues
USF Condestável, Batalha

Introdução: O envelhecimento está associado a alterações do estado físico, mental e social que ocorrem com o passar dos anos. Estas características inerentes ao idoso podem muitas vezes influenciar um subdiagnóstico de depressão no idoso no âmbito da consulta de medicina geral e familiar. A síndrome depressiva no idoso apresenta-se muitas vezes com sintomatologia diferente da expectável num adulto mais jovem.

Relato de caso: Utente do sexo feminino, de 88 anos que vive com o marido, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crónica sob oxigenoterapia 1,5l/min 8h/dia e IRC. As filhas solicitam visita domiciliar do médico de família por recusa alimentar, vômitos ocasionais, insónia, anedonia e recusa em sair de casa com cerca de um mês de evolução. Ao exame objetivo estava consciente, orientada, com eructações ocasionais, sem sinais de desidratação, humor deprimido, labilidade emocional. Sat O2 89% (ar ambiente) AC irregular, 87bpm. AP murmúrio vesicular globalmente diminuído, sibilos ocasionais, ferveores crepitantes no 1/3 inferior bilateralmente. Analiticamente hiponatremia de 133mmol/l, hipoclorémia de 91mmol/l e hipercreatinémia de 3.1mg/dl. Após fluidoterapia no domicílio com soro polieletrólítico os valores alterados normalizaram. A doente iniciou terapêutica com sertralina 50mg id e apresentou melhoria sintomática progressiva.

Conclusão/Discussão: A depressão no idoso é muitas vezes mascarada por sintomatologia correspondente a outras patologias, acabando por ser subdiagnosticada. É por isso fundamental saber identificá-la, mesmo em concomitância com todo o conjunto de patologias que o idoso possa ter, para que se instaurem medidas terapêuticas dirigidas, bem como ter em atenção fatores de risco para aplicar medidas preventivas adequadas sempre e quando possível.

P 13

PENFIGÓIDE BOLHOSO - UMA DOENÇA DO IDOSO

Teresa Pereira Leite, Marta Lopes
USF Alcoides, ARS Alentejo, Montemor-O-Novo; USF Planície, ARS Alentejo, Évora

Resumo: O Penfigóide Bolhoso (PB) é a dermatose bolhosa autoimune mais frequente, afetando quase exclusivamente idosos. A incidência é de 7 milhões de casos por ano na Europa Ocidental com prevalência discretamente superior nos homens, sem predomínio étnico ou predisposição genética. O PB apresenta geralmente prognóstico favorável, embora possa ter associadas complicações graves. O objetivo deste trabalho é realizar uma breve descrição do PB, realçando as características clínicas que permitem o seu diagnóstico. Pesquisa bibliográfica em Maio 2015: livros de texto de dermatologia e artigos de revisão publicados entre 2010 e 2015 em português e inglês na base de dados Medline (termos MeSH "Penfigóide Bolhoso").

Dos 119 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, 3 foram relevantes na realização deste trabalho. A etiologia do PB é desconhecida. Imunopatologicamente caracteriza-se por anticorpos contra antígenos PB 1 e 2 do hemidesmossoma, que originam clivagem dermo-epidérmica. Clinicamente surge dermatite pruriginosa característica prodrómica seguida de erupção de bolhas tensas sero-hemorrágicas, que rompendo, originam erosões cutâneas. As lesões localizam-se preferencialmente nas grandes pregas, abdómen inferior e coxas, mas podem disseminar por toda a pele, por vezes com simetria. O diagnóstico de PB é confirmado a partir de exame histo-imunopatológico. O prognóstico é menos favorável nos mais idosos, nas mulheres e na presença de comorbilidades. O tratamento é baseado na corticoterapia sistémica.

No PB a necessidade de imunossupressão em doentes idosos implica cuidados de vigilância clínica redobrados. Assim, o seu diagnóstico precoce é fundamental para o início atempado do tratamento e para evitar as complicações da doença.

P 14

RELATO DE CASO - SINDROME DE SOBREPOSIÇÃO DE ASMA E DPOC (ASCO)?

¹Lara Diogo, ¹Ana Viegas, ²Diana Ferreira, ²Marta Vidigal
¹UCSP Celas, ²UCSP Mealhada

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma doença evitável e com tratamento, caracterizada por limitação progressiva e persistente do fluxo aéreo, resultante de uma resposta inflamatória crónica. O seu diagnóstico implica a presença concomitante de sintomas respiratórios crónicos e progressivos, exposição a fatores de risco e obstrução ao fluxo aéreo demonstrado por alterações espirométricas (FEV1/FVC < 70% após broncodilatação). Pode coexistir com outras comorbilidades que podem ter impacto no seu prognóstico. Por sua vez, a Asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, clinicamente caracterizada por dispneia, sibilância, tosse e opressão torácica, traduzindo uma obstrução generalizada, variável, reversível espontaneamente ou através de tratamento. O Síndrome de Sobreposição Asma-DPOC (ASCO) caracteriza-se por uma limitação não totalmente reversível variável do fluxo aéreo e pela presença de características comuns à Asma e à DPOC.

Descrição: I.A., 86 anos, sexo feminino, antecedentes de asma, depressão, hipertensão arterial, hipercolesterolémia, esofagite péptica, gastrite crónica, diverticulose sigmóideia, insuficiência venosa membros inferiores. Doente seguida desde Fevereiro de 2009, com crises recorrentes de asma grave (3-4/ano), de difícil controlo e por vezes com internamento. Tem apresentado fraca adesão na manutenção da terapêutica de base, com grande impacto na progressão da patologia e com alterações da função pulmonar.

Discussão: A prevalência do Síndrome ASCO varia entre 15 e 55%. O seu diagnóstico e tratamento precoces são imprescindíveis para uma correcta abordagem e eficácia na melhoria dos sintomas, diminuindo as exacerbações, atrasando o declínio da função pulmonar e melhorando a qualidade de vida do doente.

P 15

ANEMIA NUTRICIONAL NO IDOSO

Joana Nóbrega, Riquen Mulji, Ana Cebolais
USF das Conchas

Introdução: A anemia no idoso está associada ao aumento da morbi-mortalidade e a prevalência aumenta drasticamente com a idade,



afectando 19,9% da população portuguesa e 31,4% em idades ≥ 80 anos.

A anemia nutricional representa um terço das anemias em idosos e pode dever-se a má-absorção, ingestão reduzida e menor actividade física, sendo fundamental uma avaliação dietética individualizada e eventual suplementação.

Objetivos: Rever a evidência sobre a gestão da anemia nutricional no idoso.

Material e métodos: Revisão narrativa após pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *UpToDate*, *Cochrane Library*, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos *MeSH*: nutricional anemia, *elderly*, *supplementation*, publicados nos últimos 10 anos.

Resultados: A anemia por carência de ferro, ácido fólico ou vitamina B12 pode ocorrer isoladamente ou em combinação, estando a ferropénia presente em 60% das anemias nutricionais, sobretudo por hemorragia gastrointestinal, apesar da ingestão ou absorção inadequadas serem uma causa importante. Os demais casos devem-se à má-absorção de cianocobalamina e deficiente ingestão de folatos. Uma dieta rica nestes nutrientes é fundamental para a sua prevenção, mas a suplementação pode ser necessária. A evidência apoia a correcção da ferropénia mas não sugere qualquer vantagem duma formulação ou regime de ferro específicos. Apesar de recomendada a suplementação com folato e cianocobalamina, a duração de tratamento não foi definida.

Discussão/Conclusões: Nesta população, a anemia nutricional deve ser avaliada activamente para melhorar o seu estado funcional, qualidade de vida e sobrevida. Embora esteja recomendada a correcção dos défices nutricionais, é necessária a uniformização da dosagem e duração do tratamento.

P 16

A ACUPUNCTURA NO TRATAMENTO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA

¹Rita Lopes Ferreira, ²Renata da Costa Almeida

¹USF Santiago, Leiria; ²USF São Julião, Figueira da Foz

Introdução: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) constitui um problema de saúde global com importância crescente, sendo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade na população mais idosa. Está projectada para ser a terceira principal causa de morte em 2030.

O tratamento farmacológico da DPOC efectua-se em doentes sintomáticos, de acordo com os grupos de gravidade que são definidos pelos sintomas, exacerbações e grau de obstrução. Nos últimos anos, tem -se verificado o recurso a terapias diferentes, tal como a acupuntura, para o tratamento da DPOC.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura existente sobre o benefício da acupuntura no tratamento da DPOC.

Material e métodos: Revisão clássica com pesquisa na base de dados *MEDLINE* utilizando as seguintes palavras-chave (termos *MESH*): *Acupuncture therapy* e *COPD*.

Resultados: Os artigos encontrados revelaram uma melhoria clínica da dispneia e da qualidade de vida das pessoas com DPOC que realizaram acupuntura, para além da terapêutica padrão. Outros estudos demonstraram que a acupuntura pode contribuir para a melhoria do estado nutricional dos pacientes com DPOC, sendo este um aspecto importante que influencia o prognóstico da doença. Outros estudos ainda, revelaram melhoria da tolerância ao exercício em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica em fase estável e encurta-

mento do tempo de latência do exercício aeróbio. Para além disso, divulgaram que a acupuntura combinada com exercício aeróbio pode efectivamente melhorar a função pulmonar.

Discussão/Conclusões: A revisão efectuada sugere que a acupuntura pode ser um complemento útil no tratamento médico padrão da DPOC. No entanto, são necessários mais estudos e com amostras maiores para que se possa concluir de forma mais evidente quanto ao seu benefício, e consequentemente a sua recomendação no tratamento da DPOC.

P 17

PSEUDO-ALUCINAÇÕES VISUAIS NO IDOSO: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Bernardo Marques, Margarida Antunes, Guilherme Magalhães, Sara Guerreiro Castro, Joana Crawford, Heidi Gruner, Nuno Riso
Serviço de Medicina 2, Hospital Curry Cabral - Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

Introdução: Pseudo-alucinações visuais são alterações sensoriais, reconhecidas pelo doente como não reais. Surgem em 17,5% dos idosos institucionalizados e a sua etiologia constitui um importante desafio diagnóstico, com implicação prognóstica, quando identificada e corrigida precocemente.

Caso Clínico: Homem, leucodérmico, 70 anos, autónomo, com hipertensão arterial, dislipidémia e hábitos etanólicos (80mg/dia), medicado com enalapril, sinvastatina e metamazol em SOS. É internado por pseudo-alucinações complexas (zoópsias) com uma semana de evolução, de predomínio nocturno e agravamento progressivo em frequência, constatando-se ainda prostatite.

Ao exame objetivo: sem estigmas de doença hepática crónica, humor eutímico, exame neurológico com *MMS-20* e exame oftalmológico normal. Analiticamente: vitamina B12, ácido fólico, calcémia, natrémia e função tiroideia sem alterações; serologias infecciosas negativas. A TAC e RMN-CE revelaram focos de gliose isquémica e padrão de atrofia cerebral cortical difusa. Na avaliação neuropsicológica, alterações difusas, compatíveis com síndrome demencial.

Admitiu-se demência de etiologia a esclarecer vs delirium, com pseudo-alucinações em contexto de infecção, que remitiram com quetiapina 400mg. Sem novos episódios aos 2 meses.

Discussão: Pretende-se alertar para este sintoma frequente no idoso, embora subdiagnosticado pelo estigma de doença mental associado. Apresenta um amplo diagnóstico diferencial, sendo a síndrome demencial a sua principal etiologia, surgindo em 18% na demência de Alzheimer e 60% na demência de corpos de Lewy. É também essencial excluir etanolismo, iatrogenias medicamentosas, delirium, depressão, esquizofrenia e envolvimento oftalmológico (síndrome de Charles Bonnet).

O diagnóstico é especialmente importante nestes doentes, no sentido de evitar os riscos da polimedicação, o uso de restrição física e isolamento.

P 18

QUANDO A TOSSE REVELA UM SEGREDO DE UMA VIDA – RELATO DE CASO

Joana Guerreiro; Ana Morgado

USF Condestável - ACES Pinhal Litoral; CS da Marinha Grande, ACES Pinhal Litoral

Enquadramento: O cancro de pele é a neoplasia maligna mais frequente nos caucasianos sendo o carcinoma basocelular o tipo mais

comum representando 70 a 80% dos tumores cutâneos. A sua incidência tem uma relação íntima com o avançar da idade, daí que esta já a aumentar. O prognóstico para a maioria dos doentes é excelente, exceto nos raros casos de metastização, inferiores a 0,1%, que estão associados a uma sobrevida média de 10 meses.

Relato de caso: Mulher, 77 anos, viúva, antecedentes pessoais de queimadura da face e couro cabeludo, dislipidemia, cardiopatia isquémica e síndrome depressivo. Recorre à consulta em Maio de 2014 após realização de Rx tórax na sequência de episódios de tosse e dispneia com início há 3 meses, mostrando três densificações à direita. Posteriormente, foi realizada TC tórax que revelou incontáveis formações nodulares dispersas bilateralmente correspondendo provavelmente a lesões secundárias metastáticas. A utente é referenciada ao hospital da área de residência, onde em internamento, foi identificada uma lesão cutânea do couro cabeludo de grandes dimensões, ocultada por 30 anos que revelou tratar-se de um basalioma. Após biopsia de nódulo pulmonar foi feito o diagnóstico de basalioma com metastização pulmonar. A doente é referenciada para o IPO e incluída em ensaio clínico inovador.

Conclusão: Apesar da baixa taxa de mortalidade e ocorrência rara de metástases, é crucial alertar para a elevada frequência do basalioma nos idosos assim como da importância da comunicação e relação médico doente ao longo dos anos como arma diagnóstica fundamental.

P 19

DANÇA – SEGUNDA INSPIRAÇÃO NA TERCEIRA IDADE

Liliya Gumenyuk

Centro de Saúde de Ponte de Sor

Introdução: O presente estudo de revisão teve como objetivo principal abordar os benefícios da dança na terceira idade. O envelhecimento é um factor que traz grandes transformações no organismo. Altera a sua imagem, aparecem limitações, o corpo torna-se mais lento e menos flexível, e as articulações vão perdendo a mobilidade e elasticidade.

Objetivos: Assim, surge a necessidade de procurar formas de travar ou atrasar este processo. A dança pode ser utilizada como promotora de qualidade de vida...

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica de livros, de textos e artigos de revisão publicados em base de dados científicas baseadas na evidência, em língua inglesa, russa, chinesa e portuguesa. Incluindo dados de *PubMed* publicados entre 2010 e 2015. Palavras – chave: Dança, Envelhecimento, Qualidade de vida.

Resultados: Da pesquisa realizada foram identificados 17 artigos que estavam de acordo com o objetivo desta revisão, dos quais foram seleccionadas cinco: três ensaios controlados randomizados, uma meta-análise e uma revisão.

Desde a pré-história que a dança faz parte da vida dos seres humanos. Existam danças para todas as fases importantes da vida. O nosso legado cultural veio da antiga Grécia. Os estudos demonstraram os benefícios da dança na terceira idade, para o corpo e a mente e também as contribuições da dança para uma melhor qualidade da vida.

Conclusão: O processo de envelhecimento é um aspecto biológico natural que ocorre com cada indivíduo, podendo estar associado a importantes alterações estruturais e funcionais. É importante uma maior atenção nos cuidados de saúde primários relacionada com esta realidade, especialmente em relação a acidentes e prevenção

de quedas. A prática de actividade física regular é uma forma de prevenir os acidentes.

A dança como actividade física complexa realizada na terceira idade, ajuda na atenção, concentração, percepção, ritmo, memória recente e orientação espacial, estimulando diversas habilidades psicomotoras e cognitivas. Além de melhorar a coordenação motora e o condicionamento físico associado à sensação de satisfação física e emocional do idoso, também propicia benefícios para o corpo e a mente.

A prática de dança na terceira idade promove alguns benefícios como: o combate ao stress e depressão, o estímulo e a oxigenação do cérebro, o reforço do sistema músculo- esquelético e a protecção das articulações, além da melhoria de flexibilidade, do equilíbrio e da postura, possibilitando também o convívio social.

P 20

DEMÊNCIA E CONDUÇÃO - UMA QUESTÃO DE BALANÇO?

Riquen Mulji, Joana Nóbrega, Pedro Miguel Alves

USF das Conchas, ACES Lisboa Norte

Introdução: A capacidade de condução nas fases iniciais da demência constitui um tema actual e controverso mas relevante para os clínicos que lidam com idosos, sobretudo em Portugal, um país com elevada mortalidade rodoviária.

Objetivo: Revisão narrativa das implicações da demência em fase inicial na capacidade de condução e métodos de avaliação clínica utilizados.

Material e métodos: Pesquisa nas bases de dados *Medline* e *b-On* dos termos *MESH dementia* e *driving* ou *driving ability*.

Resultados: Estimam-se mais de 150.000 casos de demência em Portugal mas o diagnóstico isolado não é preditivo da capacidade de condução, sendo um terço destes utentes competente na fase inicial. Actualmente, a avaliação é feita sobretudo através guidelines baseadas em opiniões de peritos, que focam o *mini-mental state examination* e o *clinical dementia rating*, não havendo indicações formais em Portugal. A avaliação neuropsicológica pode ser útil e alguns autores sugerem contabilizar o historial rodoviário, características de personalidade ou testes de simulação. A cessação precoce pode comprometer a mobilidade destes utentes, agravar as co-morbilidades e aumentar os acidentes enquanto peões, pelo que a decisão é complexa e deve ser multidisciplinar.

Discussão/Conclusões: A falta de *insight* destes utentes bem como a ausência de testes de avaliação cognitiva adequados e com pontos de corte validados dificultam a decisão médica e podem comprometer a relação médico-utente. A invocação de limitações físicas parece ser mais aceite pelos utentes como motivo de incapacidade. Esta revisão pode servir de base para a caracterização dos principais motivos da cessação da condução nestes utentes.

P 21

HIPODERMÓCLISE

Fátima Santos¹, Nivalda Pereira², Rosa Baltazar¹, Paulo Freitas²

¹UCSP Vila Nova de Cerveira, ²Centro de Saúde Porto da Cruz, SESARAM, EPE

Introdução: A desidratação é um problema agudo grave para o qual uma intervenção precoce pode evitar complicações graves e internamentos hospitalares. Nos idosos, com co-morbilidades associadas, pode ser fatal e é uma das 10 causas mais frequentes de internamento hospitalar. A hipodermóclise (HD) é um método subcutâneo alternativo de administração de fluidos que requer pouco material e



com larga aplicabilidade nas áreas da geriatria e da medicina paliativa.

Objetivos: Pretende-se com este trabalho rever a técnica de HD e respetivas indicações, contraindicações e efeitos laterais.

Métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados da pubmed a 31 de maio de 2015 com os termos *MeSH Hypodermoclysis, subcutaneous administration, elderly and old adult*. Foram analisados artigos de revisão, revisões sistemáticas e meta-análises, relativos à espécie humana, publicados nos últimos 10 anos, em inglês ou português, com livre acesso ao texto completo.

Resultados: Fisiologicamente os idosos são suscetíveis à desidratação devido à diminuição da sensação de sede e da função renal inerente ao envelhecimento, o que resulta em desequilíbrios hidroelectrolíticos. Na incapacidade de reforço hídrico oral e em cuidados de longa duração, o tratamento passa, muitas vezes, pela hidratação intravenosa (IV). No entanto, a HD é uma alternativa segura e eficaz, pois apresenta-se com poucas contraindicações e os seus efeitos laterais são mínimos.

Conclusão: A literatura atual menciona vantagens da HD em relação à hidratação IV no que se refere às suas complicações, redução de custos, maior conforto ao doente e menos necessidade de ajuda técnica.

P 22

UMA DEMÊNCIA INESPERADA - GLIOBLASTOMA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Marçalo¹, Daniel Beirão¹, Mariana Sá Nogueira¹, Ana Sofia Nogueira²

¹Internos de formação específica em Medicina Geral e Familiar, USF S. Félix/Perosinho - ACES Espinho/Gaia, ²Médica assistente de Medicina Geral e Familiar, USF S. Félix/Perosinho, ACES Espinho/Gaia

Enquadramento: O glioblastoma multiforme (GBM) é o tumor cerebral primário maligno mais comum em adultos, representando cerca de 15,8% de todos os tumores cerebrais. A maior parte dos doentes tem uma idade igual ou superior a 65 anos aquando deste diagnóstico. Trata-se de um astrocitoma de alto grau, rapidamente progressivo, sendo importantes fatores de prognóstico de doença: a idade e o estado funcional do doente.

Descrição do caso: Homem, 78 anos, caucasiano, 4ª classe, autónomo. Antecedentes pessoais de gastrite crónica e de surdez neurosensorial. Trazido ao médico de família pela esposa, por um quadro de alteração da memória com cerca de 4 meses de evolução, referindo comprometimento da memória imediata e recente mas também da memória episódica e a longo prazo. Esta sintomatologia por vezes era percebida pelo doente, condicionando um estado de ansiedade. Ao exame objectivo: tensão arterial de 138/76 mmHg; ENS com discreto tremor em repouso, diminuição da força muscular à esquerda (grau 4/5) e ligeira dismetria na prova dedo-nariz; *Mini-Mental State Examination (MMSE)*: 22/30. Foi efectuado um estudo de causas secundárias de declínio cognitivo, incluindo TAC crânio-encefálica, que revelou: formação expansiva agressiva da série glial (GBM), localizada na convexidade temporal esquerda. Referenciou-se o caso para consulta de Neurocirurgia.

Discussão: Mesmo após décadas de pesquisa de tratamento, o GBM é um tumor de mau prognóstico, com uma sobrevida global de 12 a 14 meses. Apesar deste se tratar de um quadro clínico incomum é importante que seja lembrado no diagnóstico diferencial de outras causas de demência rapidamente progressiva.

P 23

PRURIDO E NEUROPATIA - QUAL A RELAÇÃO?

Rita Pimenta¹, Mara Galo², Jonathan Mata³

¹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, ²USF Oriente, ³UCSP Marvila

Introdução: O prurido é um sintoma frequente na população idosa, por vezes com grande impacto na qualidade de vida. Pode ser apreendido de várias formas e ter múltiplas etiologias. Pensa-se que a neuropatia possa ser responsável por algumas formas de prurido.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura sobre a relação entre o prurido e a neuropatia no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos na *PubMed* publicados entre 1/1/2000 e 1/5/2015 utilizando o termo *neuropathy* e os termos *MESH aged and pruritus*. Dos 17 artigos encontrados selecionaram-se 8 após leitura dos resumos.

Resultados: O prurido localizado sem rash é mais comum no sexo feminino e no idoso.

Alguns dos dermatomas afetados foram associados a alterações na coluna vertebral, incluindo a região dorsal, anogenital e membros superiores. No entanto, nem sempre se encontra evidência eletromiográfica de neuropatia.

Após exclusão de outras causas, ausência de resposta ao tratamento convencional com corticoides, emolientes e/ou anti-histamínicos e perante um prurido localizado sem rash, a etiologia neuropática deve ser ponderada. O tratamento nestes casos não é ainda consensual podendo incluir terapêutica oral, tópica ou cirúrgica, entre outras.

Discussão/Conclusões: Apesar da associação frequente entre alterações esqueléticas e o prurido localizado ao dermatomo correspondente, ainda não se provou relação de causalidade, sendo necessários mais estudos, com amostras maiores e com maior tempo de *follow-up* para um melhor compreensão deste problema, em especial na população idosa.

P 24 - Retirado

P 25

UM SONO ARRISCADO - CASO CLÍNICO

Marta Ribeiro, Ana Rita Faustino, Francisco Neves Carvalho,

Rita Meireles Pedro

USF D. Diniz, USF A Ribeirinha, Centro Hospitalar Cova da Beira

Enquadramento: O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade em Portugal, sendo marcadamente prevalente nos mais idosos e responsável por graus variáveis de incapacidade. Entre os fatores de risco para AVC encontram-se HTA, principalmente sistólica e SAOS.

Descrição caso clínico: Trata-se de uma doente de 72 anos de idade, caucasiana, viúva, reformada como enfermeira, autónoma para as AVDs. Sem hábitos etílicos ou tabágicos. Antecedentes patológicos - osteoartrose da anca e coluna cervical, osteoporose, asma, síndrome depressiva, insuficiência venosa crónica, HTA sem complicações e dislipidemia. Nega cirurgias.

Foi diagnosticada de hipertensão com HTA em 2010, através de MAPA - tendo sido medicada com IECA (perindopril) diariamente, que normalizou os valores de pressão arterial.

Em Janeiro de 2015, iniciou sintomatologia de: défice motor focalizado à direita, disfagia e dismetria, resultando em internamento no Hospital Santo André, com o diagnóstico de AVC isquémico do cerebelo, com défices motores e visuais significativos. Após vários exames realizados em internamento, concluíram-se os diagnósticos



de hipertensão sistodiastólica de ritmo não circadiano e SAOS. Após duas semanas de internamento com boa evolução clínica a doente é orientada para cuidados continuados para reabilitação física.

Discussão: Este caso alerta para a polietilogia do AVC. Perante o caso descrito, reafirma-se a importância da prevenção primária através da avaliação regular dos factores de risco modificáveis e promoção de estilos de vida saudáveis. Tal impacto será tanto maior quanto mais precoce e maior for a sensibilização dos utentes, sociedade em geral e dos profissionais de saúde.

P 26

ESTROGÉNEOS TÓPICOS NA ATROFIA VAGINAL

– QUAIS AS OPÇÕES?

Nuno Guerra, Joana Almeida, Marta Magalhães, Cátia Lirio, Marisa Agra

Unidade de Saúde Familiar Camélias, ACeS Grande Porto VII, Gaia

Introdução: O envelhecimento da mulher acarreta diversas alterações fisiológicas. A atrofia vaginal é uma consequência do estado hipoestrogénico pós-menopáusico, levando a alterações do trato genitourinário e a sintomas como dispareunia, ardor vaginal ou incontinência urinária. Os estrogénios tópicos (ET) são a terapêutica recomendada, ficando ao critério do clínico escolher entre as várias opções existentes no mercado.

Objetivo: Rever as principais opções de ET disponíveis em Portugal e propor um algoritmo que auxilie o clínico na abordagem terapêutica da atrofia vaginal pós-menopáusica, nomeadamente na escolha do ET, quando indicado.

Metodologia: Pesquisa de publicações em Português, Inglês e Espanhol em bases de dados científicas (*PubMed* e *UpToDate*), com restrição a artigos publicados entre 2005 e 2015 com as palavras-chave: *vulvovaginal atrophy* e *topical estrogen therapy*.

Resultados: Os ET são igualmente eficazes e seguros. Recomenda-se a utilização de uma dose baixa (< 0,05 mg/aplicação). O estradiol (comprimido vaginal 0,025 mg), estriol (creme vaginal, 0,050 mg/g; 0,125 mg/g; 1 mg/g) e o promestireno (creme, 0,01 mg; cápsula mole, 0,01 mg) são os ET disponíveis em Portugal. Os comprimidos vaginais parecem ser a forma farmacêutica preferida pela mulher, devendo-se iniciar o tratamento com a aplicação diária durante duas semanas, passando depois a duas a três vezes por semana.

Discussão: A escolha do ET deve ser orientada pela experiência do clínico e pela preferência da utente. É fundamental informar as mulheres das várias opções existentes no mercado e do custo associado, tendo em conta que a melhoria da sintomatologia é estritamente dependente da adesão terapêutica.

P 27

UM CASO RARO DE HEMOPTISE

Margarida Nunes¹, Mafalda Barrigas¹, Pedro Costa², Susana Barros Carreira³

¹Centro de Saúde de Portalegre - USF Portus Alacer, ²Hospital Doutor José Maria Grande, Portalegre, ³Centro Hospitalar de Setúbal

Enquadramento: Hemoptise define-se pela expulsão de sangue pela boca, proveniente das vias respiratórias inferiores; as principais etiologias nos adultos são as bronquiectasias, as neoplasias e a tuberculose. Da avaliação diagnóstica fazem parte: história clínica e exame físico pormenorizados, radiografia e TC torácicas e broncoscopia.

Descrição do caso: Doente do sexo masculino, 66 anos, fumador, com antecedentes de HTA, DM e dislipidemia, medicado com lisi-

napril, metformina, sinvastatina e AAS. Recorreu à consulta de Inter-substituição por expectoração hemoptóica, sendo referenciado ao SU. O exame objectivo foi normal, sem alterações analíticas e radiológicas significativas e a pesquisa de BAAR na expectoração negativa; iniciou quadro de hemoptise de grau leve a moderado, ficando internado. Efectuou TC de tórax que revelou “infiltrado” no LSD – hemorragia? e broncofibroscopia que evidenciou hemorragia activa com origem na árvore brônquica direita. Durante o internamento repetiu broncofibroscopia, que mostrou sinais inflamatórios generalizados, mucosa friável e vestígios hemáticos no LSD, isolou-se *Enterobacter cloacae* no lavado brônquico (LB), restantes exames no LB negativos. Discutiu-se o caso multidisciplinarmente, realizou-se angiografia das artérias brônquicas, identificaram-se duas artérias anómalas, com vascularização aumentada, procedendo-se à sua embolização, com resultados imediatos. O doente teve alta, assintomático, repetiu a TC de tórax que revelou regressão completa.

Conclusão: O MF representa o primeiro contacto do doente com os cuidados de saúde, tendo um papel privilegiado na identificação de patologias potencialmente graves e na atempada referenciação. Este caso clínico demonstra também que é necessário estar alerta não apenas para os diagnósticos frequentes, mas também para aqueles que são mais raros.

P 28

RABDOMIÓLISE: INTERAÇÃO ESTATINAS-CLARITROMICINA

Ana Luísa Esteves¹, Ana Silva Marcos², Catarina Meireles¹, www.Clara Esteves Jorge³

¹USF Serpa Pinto, ²USF Amanhecer, ³UCSP da Sé-ULS Bragança

Introdução: As interações medicamentosas constituem uma causa evitável de doença e hospitalização. A população idosa é especialmente vulnerável, tanto pela idade avançada, como pela polimedicação a que está sujeita. Entre algumas estatinas e a claritromicina desenvolve-se uma interação do tipo farmacocinético, em que a inibição competitiva do Citocromo P450 (isoenzima 3A4) pela claritromicina, resulta em elevados níveis séricos de estatinas, indutoras de rhabdomiólise.

Objetivos: O objetivo deste trabalho é compreender a relação entre a interação estatinas-claritromicina e a rhabdomiólise, e determinar qual a melhor abordagem para o seu uso adequado e seguro nos doentes.

Material e métodos: Pesquisa de artigos com os termos *Mesh Rhabdomyolysis*, *Clarithromycin* e *Hydroxymethylglutaryl-CoA Reductase Inhibitors*, nas bases de dados *The Cochrane Library*, *National Guideline Clearinghouse* e *Pubmed*, publicados entre 2005 e 2015, em língua inglesa.

Resultados: Foram encontrados 21 artigos, dos quais 13 foram excluídos. Dos 8 artigos incluídos, 2 eram artigos originais, 3 casos clínicos, 1 série de casos e 2 opiniões de perito.

Discussão/Conclusões: Compreender como as interações medicamentosas ocorrem e saber gerir as mesmas é parte essencial da prática clínica. A presente revisão alerta para a importância do conhecimento da medicação habitual dos doentes, principalmente em doentes polimedicados com várias substâncias metabolizadas pelo CYP3A4. Considerando a possibilidade de rhabdomiólise na interação estatinas-claritromicina, os médicos devem estar atentos para os riscos associados a esta coadministração e determinar se é necessário parar, reduzir a dose ou procurar uma estatina alternativa. O médico de família, como conhecedor das particularidades dos seus utentes, é figura essencial na prevenção quaternária destes acontecimentos.



P 29

A MINHA MÃE ESTÁ A FICAR DEMENTE?

Joana Guerra, Ana Sardo, Pedro Alves
Algarve, ACES Central I, USF Mirante

Enquadramento: Como reflexo da melhoria nos cuidados médicos, os idosos constituem um grupo com grande representatividade entre os utilizadores dos cuidados de saúde. As patologias com clínica característica que nos orienta para um diagnóstico são menos óbvias nesta idade, podendo passar despercebidas e resultar numa desvalorização clínica, com agravamento do estado geral do idoso e instabilidade no ambiente familiar.

Descrição de caso: Mulher, 80 anos, natural e residente em Olhão, viúva, coabitando com a filha. É independente para as actividades de vida diárias, tem antecedentes de HTA, coronariopatia, prótese total do joelho e laceração Mallory-Weiss.

Recorreu ao Médico de Família (MF) em Abril/2015, acompanhada pela filha que relatou um estado confusional com 4 dias de evolução, com apatia, comportamento inadequado, anorexia e estado subfebril, sem que a doente se mostrasse autoconsciente deste défice neurológico agudo. A filha demonstrou-se preocupada pela possibilidade de progressão para patologia demencial.

Colocou-se a hipótese de patologia infecciosa, realizando-se telerradiografia de tórax (sem alterações) e análise rápida da urina (positiva para leucócitos e nitratos). Medicou-se empiricamente, com pedido de urucultura. Após a terapêutica, havia retomado o seu humor habitual, encontrando-se a filha tranquila, reflectindo-se num ambiente familiar estável.

Discussão: A idade avançada constitui um factor de risco para comorbilidades que podem condicionar um maior estado de vulnerabilidade e de menor capacidade de preservação funcional e cognitiva. O MF encontra-se numa posição privilegiada para a prestação de esclarecimentos e de intervenção atempadas, minorando as repercussões negativas no envelhecimento, assim como a ansiedade familiar inerente a estas intercorrências.

P 30

“DR., NÃO TOMO MAIS COMPRIMIDOS!”

RETRATO DA POLIMEDICAÇÃO NOS IDOSOS COM IDADE ≥ A 75 ANOS DE 3 UNIDADES DE SAÚDE FAMILIAR DE AGRUPAMENTOS DIFERENTES

Diana Vaz de Miranda¹, Ana Rita Ferreira², Renata da Costa Almeida³
¹USF S. Nicolau, Guimarães; ²USF Santiago, Leiria; ³USF São Julião, Figueira da Foz

Introdução: O envelhecimento progressivo da população tem levado ao aumento do número de idosos com doenças crónicas, com a respectiva adequação de cuidados por parte dos médicos de família. Sendo a polimedicação um risco para o idoso, é fundamental a prevenção da iatrogenia nesta faixa etária.

Objetivos: Caracterizar 3 Unidades de Saúde Familiar de ACeS diferentes quanto à percentagem de utentes com idade igual ou superior a 75 anos que se encontram medicados com 5 ou mais princípios activos e compará-las com a realidade nacional.

Material e métodos: Estudo: observacional, descritivo e transversal.

População: utentes inscritos nas USF com idade ≥ a 75 anos.

Crítérios de inclusão: prescrição de 5 ou mais princípios activos na medicação crónica do utente

Recolha de dados: sistemas informáticos SINUS®, Vitacare® e BI USF® referentes a Dezembro de 2014

Tratamento de dados: Microsoft Excel 2007®

Resultados: Percentagem de utentes em cada USF com idade ≥ a 75 anos medicados com ≥ 5 princípios activos:

- USF Santiago: 49,01% (702 utentes)

- USF S. Nicolau: 60,85% (1053 utentes)

- USF São Julião: 67,67% (1470 utentes)

Os resultados obtidos são superiores aos nacionais, que rondam os 46,69%.

Discussão/Conclusões: Com base nos dados obtidos para as 3 USF, ainda existe um excesso de polimedicação entre os mais idosos, mesmo em regiões diferentes do país, o que demonstra a transversalidade deste problema.

É necessário que os médicos de família revejam a medicação crónica dos utentes mais idosos, de modo a evitar este problema, diminuindo os riscos que acarreta.

P 31

HIPERTIROIDISMO NO IDOSO

Sandra Maia¹, Mafalda Pama¹, Ana Rita Mendes²

¹UCSP Sete Rios, ²USF Tílias

Enquadramento: O hipertiroidismo atinge 3% das mulheres e 0,3% dos homens idosos. Nos idosos a sintomatologia pode ser escassa, predominando as queixas cardiovasculares (taquicardia, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva), a perda de peso com anorexia, a depressão e a dispneia.

Descrição do caso: Homem 79 anos, casado, reformado. Antecedentes pessoais: Síndrome cólon irritável, HTA, dislipidemia mista, EAM da parede inferior, com colocação de stent, há 2 anos. Medicado habitualmente com: ácido acetilsalicílico 100mg, clopidogrel 75mg, Atenol 50mg, altizida/espironolactona 15+25mg, ezetimiba 10mg + esteroides vegetais.

Recorre à consulta por cansaço e irritabilidade nas últimas 6 semanas.

Ao exame objetivo apresentava frequência cardíaca de 90bpm e uma perda de 5kg em relação ao peso habitual. Foram requisitados exames analíticos e eletrocardiograma. Foi medicado com mexazolam em sos. Os exames auxiliares de diagnóstico revelaram: THS 0,005 µUI/MI, T4 livre 2,4ng/dL, sem outras alterações.

Diagnosticado hipertiroidismo clínico, tendo sido referenciado à consulta de Endocrinologia e requisitado ecografia da tiroide (compatível com bócio multinodular, o maior com 7mm). Iniciou tratamento com metibazol. A única complicação observada foi um hipotiroidismo iatrogénico, controlado com levotiroxina.

Discussão: Nesta faixa etária, o hipertiroidismo aumenta a morbidade e a mortalidade cardíaca e cerebrovasculares. É extremamente importante o papel do médico de família na identificação e enquadramento da patologia nas características biopsicossociais, para planear a intervenção terapêutica e referenciação.

P 32

PREVENÇÃO PRIMÁRIA - VACINAÇÃO NO IDOSO

Jorge Demar Santos¹, Rita Teixeira¹, Carla Moreira¹, Rui Oliveira, Sérgio Aleixo², Anne-Marie Ferreira³

¹USF Infante D. Henrique, ²USF Viseu Cidade, ³USF Terras de Azurara

Introdução: Não existe um plano de vacinação para os idosos, que seja usado como rotina, o que leva a uma baixa taxa de cobertura vacinal neste escalão etário. As doenças infecciosas representam uma significativa causa de morbidade e mortalidade na população idosa,

sendo muitas destas doenças preveníveis através de vacinação.

Metodologia: Revisão da literatura com pesquisa de artigos na *PubMed*, nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando os termos *Elderly* e *Vaccines* e orientações publicadas pela Direção Geral de Saúde (DGS), *European Union Geriatric Society*, *International Association of Gerontology and Geriatrics*, *Centers for Disease Control* e *Prevention Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP)*.

Resultados: A evidência atual para adultos ≥ 65 anos recomenda a vacinação contra o tétano e difteria (Td) a cada 10 anos. Contrariamente à DGS, a ACIP recomenda uma dose única da vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa) em vez da Td para todos os ≥ 65 anos que não tenham recebido a (DTPa).

A vacina contra influenza é recomendada anualmente, reduzindo a incidência, taxas de hospitalização e número de mortes.

Relativamente à vacina antipneumocócica a ACIP recomendou recentemente a utilização de ambas as vacinas (23-valente e 13-valente), sem necessidade de revacinação.

A vacina contra o herpes zóster está recomendada, independentemente da história de varicela, para a prevenção do herpes zóster e da nevralgia pós-herpética.

Conclusão: A vacinação constitui uma medida preventiva importante e não deve ser descurada. Devemos disponibilizar aos nossos utentes as vacinas que mostraram ter benefício no aumento da qualidade e esperança de vida.

P 33

CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA, O QUE SABER?

Nélia Reis

USF Mactamã

Introdução: Aproximadamente 24 milhões de pessoas no mundo têm demência e prevê-se que esse valor alcance 81 milhões em 2040. A complexidade da doença, a heterogeneidade do apoio familiar e de outros serviços de apoio dificultam uma abordagem homogénea. Trata-se de uma prioridade de saúde pública devido à sua prevalência, custo e profundo impacto na sociedade. Os cuidadores de idosos com demência gastam em média mais 40,5 horas por semana a cuidar sendo extremamente mais exigente, quando comparado com idosos com cognição normal.

Objetivos: Rever a evidência disponível acerca dos efeitos presentes nos cuidadores de idosos com demência (CID) e estratégias que melhorem a qualidade dos CID.

Métodos: Pesquisa em bases de dados de medicina baseada na evidência de artigos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 5 anos, utilizando como termos *MeSH*: *aged, 80 and over, aged, caregiver e dementia*.

Resultados: Os CID experimentam níveis elevados de stress, tensão e carga, que se traduz em depressão e necessidades não satisfeitas, sobretudo devido à gestão dos sintomas comportamentais e psicológicos da demência. As várias estratégias de melhoria podem ser agrupadas em intervenções multicomponentes (5 áreas de intervenção), comportamentais e descanso do cuidador. Os benefícios afetam os CID e os idosos.

Discussão/Conclusões: A enorme exigência intrínseca à morbidade e dependência da demência leva a níveis elevados de stress e depressão nos CID. Avaliando a complexidade da demência e de cuidar, assim se podem estabelecer as estratégias que melhorem a qualidade de vida dos intervenientes.

P 34

OBSTIPAÇÃO NO IDOSO

Ângela Pinto, Laura Gonçalves, Margarida Nunes, Mafalda Barriga
USF Plátano, USF Portus Alacer - Centro de Saúde de Portalegre

Introdução: A obstipação é uma queixa comum nos idosos, aumentando significativamente com a idade. Associa-se à prática escassa de exercício físico ou imobilização, à dieta, polimedicação e maus hábitos intestinais. Tem grande impacto nos custos de saúde pois resulta em idas ao Serviço de Urgência, referenciação para consulta de especialidade e procedimentos cirúrgicos, afectando a qualidade de vida. Objectivo: Auxiliar na prevenção, diagnóstico e abordagem terapêutica da obstipação no idoso.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados ClinicalKey, UpToDate e Scielo de artigos entre 2012 e 2015, em Português, Inglês e Espanhol, utilizando os termos: obstipação nos idosos, *constipation in the older adult* e *obstipación en el anciano*.

Resultados: Obstipação crónica define-se por menos de três deposições por semana, desde há três meses até um ano. Os pacientes referem “prisão de ventre”, relatando fezes duras, sensação de esvaziamento incompleto, desconforto abdominal, distensão, sensação de bloqueio ano-rectal e necessidade de uso de manobras manuais. O diagnóstico passa pela anamnese e exame físico detalhados, que inclui o exame ano-rectal. Outros testes de diagnóstico não são recomendados inicialmente. A prevenção assenta na prática regular de actividade física, aumento da ingestão hídrica, dieta rica em fibras e disciplinar os hábitos intestinais. Contudo, se insuficiente, dever-se-á recorrer a terapêutica farmacológica.

Conclusão: O médico de família, como recurso de primeira instância para o idoso e família, possui um papel fundamental no diagnóstico e tratamento da obstipação e, sobretudo, na intervenção precoce e aconselhamento para adopção de um estilo de vida saudável.

P 35

IMUNOSSENESCÊNCIA: CONSEQUÊNCIAS CLÍNICAS E ABORDAGEM PREVENTIVA

Ângela Bento Pinto¹, Laura Gonçalves¹, Mafalda Barrigas²,

Margarida Salema², Oleh Yaremiy²

¹USF Plátano, ²USF Portus Alacer

Introdução: A imunossenescência refere-se às alterações que ocorrem no nosso sistema imunitário com o avançar da idade, afectando quer a imunidade inata quer a adaptativa, levando ao risco aumentado de infecções, neoplasias e distúrbios no sistema imunitário.

Objetivos: Realizar uma revisão sobre a imunossenescência, suas consequências clínicas e abordagem preventiva.

Material e métodos: Pesquisa de artigos na base de dados upToDate em inglês, nos últimos 10 anos, usando os termos *MeSH*: *immunosenescence e elderly*.

Resultados: As infecções surgem por depressão do sistema imune, diminuição das barreiras mucosas, diminuição do reflexo da tosse e diminuição da eficácia das vacinas nesta população, entre outras. As neoplasias surgem por alterações no sistema imune que funciona como primeira resposta no combate às células tumorais. Os distúrbios auto-ímmunes surgem por aumento dos anticorpos que por sua vez resultam da diminuição da função reguladora das células T e da diminuição da eliminação de células apoptóticas pelos macrófagos. Principais pilares de intervenção: nutrição, exercício físico, redução do stress e vacinação. A carência em vitaminas e oligoelementos perturba o normal funcionamento do sistema imune. O exercício físico agu-



do aumenta, transitoriamente, o número de células TCD8+ e *natural killer*, e o exercício aeróbico regular aumenta a resposta imunitária à vacinação anti-influenza. Fazer a esta população um esquema dirigido com vacinas: anti-tetânica, difteria e pertussis, antipneumocócica, anti-influenza e anti-herpes zoster.

Discussão/Conclusão: Ainda não existem terapias específicas no combate a este processo natural, sabendo-se que é fundamental uma nutrição adequada, exercício físico moderado e regular, e esquema vacinal dirigido.

P 36

ESPIRONOLACTONA E COTRIMOXAZOLE NO IDOSO: CO-PRESCRIÇÃO A EVITAR?

Rui Castro Coelho¹, Diogo Dias da Silva², Mariana Santos², João Matias³

¹USF Valbom, ²USF Serpa Pinto, ³USF São João do Porto

Introdução: A hipercalémia é um distúrbio eletrolítico potencialmente fatal, em particular na população idosa, habitualmente polimedicada e com múltiplas comorbilidades. A prescrição de espironolactona aumentou consideravelmente, dado o seu impacto na morbimortalidade em pacientes com disfunção ventricular esquerda grave, apesar do risco de hipercalémia associado. Já o tratamento com cotrimoxazole é frequente em infeções urinárias, apresentando também como possível efeito secundário a hipercalémia. Dada a ampla utilização de ambos, a probabilidade de co-prescrição é alta.

Objetivos: Avaliação dos efeitos da co-prescrição de espironolactona e cotrimoxazole.

Material e métodos: Pesquisa de *Guidelines*, Revisões Sistemáticas e Estudos Originais na literatura internacional, usando várias combinações dos seguintes termos *MeSH*: *cotrimoxazole*, *trimethoprim-sulfamethoxazole*, *spironolactone*, *potassium sparing diuretics*. Pesquisa em inglês e sem restrição temporal.

Resultados: Foram encontrados 19 artigos na Pubmed e 24 artigos na NICE Evidence Search, dos quais foram selecionadas 5 publicações com relevância.

A prescrição de cotrimoxazole foi associada a um aumento marcado de risco de admissão hospitalar por hipercalémia em idosos sob espironolactona (OR ajustado 12.4 [7.1-21.6]). Observou-se um aumento de mais de duas vezes de morte súbita com a associação (OR ajustado 2.46 [1.55-3.90]).

Foi sugerido que a co-prescrição deverá ser evitada quando possível (alternativa antibiótica) ou feita monitorização apertada.

Discussão/Conclusão: Apesar das limitações inerentes à metodologia dos estudos abordados, a co-prescrição destes fármacos é comprovadamente comum, podendo conduzir a consequências importantes no idoso, nomeadamente hipercalémia e risco de morte súbita. Por conseguinte, considera-se prudente evitar esta associação farmacológica nesta faixa etária. No entanto, estudos adicionais são necessários para reforçar esta hipótese.

P 37

ANOS-LUZ: O FOTOENVELHECIMENTO E A PELE DO IDOSO

Margarida Moura Valejo Coelho

Serviço de Dermatovenereologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central (Hospital de Santo António dos Capuchos)

Introdução: As consequências do envelhecimento humano são particularmente visíveis na pele, por alteração da sua estrutura e pigmentação. Ao envelhecimento cutâneo intrínseco, sobrepõe-se

o fotoenvelhecimento, que traduz as prematuras alterações clínicas, histológicas e funcionais características da pele exposta prolongada e repetidamente à radiação solar. Além de esteticamente indesejado, o fotoenvelhecimento é importante pela sua forte associação a neoplasias cutâneas, e por elucidar acerca de mecanismos do próprio envelhecimento humano.

Objetivos: Explanar os efeitos da fotoexposição sobre a pele e suas manifestações na pessoa idosa, as modalidades terapêuticas actualmente disponíveis para reduzir o fotoenvelhecimento e a importância da fotoprevenção.

Material e métodos: Revisão de bibliografia recente indexada, pesquisada nas bases de dados *PubMed* e *ClinicalKey*, pelas palavras-chave *photoaging* e *skin aging*.

Resultados: A radiação ultravioleta (UVA, UVB) está implicada na patogénese do fotoenvelhecimento, ao induzir dano fotoquímico directo e oxidativo indirecto sobre o ADN (mutagénese, encurtamento telomérico) e componentes da matriz extracelular dermo-epidérmica, condicionando, histopatologicamente, degradação de colagénio, elastose solar, atipia celular, avascularização. Clinicamente, a pele fotoenvelhecida apresenta rugas, reduzida elasticidade, xerose, telangiectasias, alterações da pigmentação, e ocasionalmente neoplasias (benignas/malignas). O tratamento inclui retinóides, cosmecêuticos, procedimentos estético-cosméticos. Contudo, a primeira linha de defesa é a fotoprotecção (evicção da fotoexposição, protecção solar).

Discussão/Conclusões: O fotoenvelhecimento é prevenível. Apesar dos efeitos nefastos da radiação UV serem cumulativos ao longo da vida, a fotoprotecção continua a ser importante nos idosos, cuja pele está mais susceptível ao aparecimento de neoplasias fotoinduzidas, devendo ser recomendada universalmente. A investigação nesta área alargará futuramente o conhecimento sobre envelhecimento.

P 38

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE, HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES TIPO 2 NA POPULAÇÃO IDOSA

Filipa Fernandes, Melanie Ferro, Rosário Quinta
UCSP Montemor-o-Velho

Introdução: A prevalência da obesidade na população portuguesa adulta é de cerca de 14.5% e mostra-se idêntica entre géneros. Os grupos etários dos 45 aos 74 anos são os mais afectados (21%). A obesidade é um importante factor de risco para a diabetes tipo 2 e para a hipertensão arterial.

Objetivos: O objetivo é determinar as prevalências de obesidade, hipertensão arterial e diabetes tipo 2 na população idosa de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, bem como estudar a sua distribuição por género.

Material e métodos: Estudo descritivo transversal retrospectivo. Dados do Mim@uf referentes à data de 31 Dezembro 2014. População de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Tratamento de dados: Excel®.

Resultados: Num total de 17141 utentes da unidade, 1197 (7%) são obesos, 4851 (28%) são hipertensos e 1504 (9%) são diabéticos tipo 2. Na população idosa (4285 utentes), a obesidade tem uma prevalência de 11%, sendo a maioria do sexo feminino (61%). Relativamente à hipertensão arterial, a prevalência na idosos é de 71%, sendo 58% do sexo feminino. A diabetes tipo 2 tem uma prevalência de 23%, mantendo-se uma maior percentagem nas mulheres (57%).

Discussão: Os resultados obtidos permitem concluir que as prevalências de obesidade, hipertensão arterial e diabetes tipo 2 são muito elevadas na população idosa, quando comparadas com os valores

da população total da Unidade. Saliento a percentagem altíssima de hipertensão arterial, importante fator de risco para doença cardiovascular que continua a ser a 1ª causa de morte em Portugal.

P 39

POLIMIALGIA REUMÁTICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Gonçalo Delgadinho, Ricardo Ribeiro
USF Arco-íris, ACES Amadora

Introdução: Numa sociedade envelhecida onde as doenças Reumatológicas assumem um crescente destaque, a Polimialgia Reumática (PMR) afeta geralmente os idosos e é uma importante causa de incapacidade funcional, sendo uma doença que pode ser tratada nos Cuidados de Saúde Primários.

Objetivo: Fazer uma revisão clássica do quadro clínico, diagnóstico diferencial e tratamento de Polimialgia Reumática.

Metodologia: Efetuou-se uma pesquisa de artigos de revisão na *Pubmed*, utilizando os termos *MeSH Polymyalgia Rheumatic* e *Review*. Limitou-se a pesquisa a publicações dos últimos 5 anos, em português e inglês.

Resultados: Dos 70 artigos encontrados selecionaram-se 21 revisões. A PMR apresenta uma sintomatologia que se enquadra num vasto leque de diagnósticos diferenciais, revelando-se por vezes um verdadeiro desafio diagnóstico para o médico. Dado que a PMR constitui um Diagnóstico de exclusão, implica uma marcha diagnóstica extensa e cuidada, o que pode levar ao seu atraso. Por ser um diagnóstico essencialmente clínico, de exclusão e pouco apoiado por exames complementares de diagnóstico, não é incomum o doente recorrer a vários especialistas até confirmação diagnóstica de PMR. Perante um caso de PMR é importante considerar o diagnóstico de Arterite de Células Gigantes e se existirem sinais de alarme, referenciar o doente para o serviço de urgência pelo risco de amaurose. A PMR é uma causa comum de prescrição de corticoterapia a longo prazo, que requer a avaliação constante do médico assistente para se alcançar a dose mínima eficaz, reduzindo lentamente os corticosteroides de modo a evitar recaídas e efeitos secundários.

Conclusão: É essencial saber diagnosticar a polimialgia reumática para um tratamento mais precoce e para uma melhor gestão da doença. A referenciação hospitalar desnecessária pode ser evitada se o médico de família estiver mais confiante no diagnóstico e tratamento desta patologia.

P 40

IMPACTO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NA PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR

Pedro Barbosa
USF Maresia - ULS Matosinhos

Enquadramento: A doença cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte na Europa. Desenvolve-se ao longo da vida e, normalmente, só apresenta sintomatologia numa fase avançada.

O desenvolvimento da DCV está relacionada com os estilos de vida adotados, especialmente o tabaco, inatividade física, stress psicológico e hábitos alimentares insalubres. O Médico de Família encontra-se numa posição privilegiada de promoção de estilos de vida saudáveis.

Descrição do caso: Sexo masculino, caucasiano, 64 Anos, vendedor, casado.

Antecedentes Pessoais: Não fumador, hábitos alcoólicos ligeiros, Hipertensão Arterial (HTA); Dislipidemia; Obesidade; Hemorróidas.

Medicação crónica: Lisinopril + Hidroclorotiazida 20/12.5mg; Sinvastatina 20mg.

Na consulta em Fevereiro de 2014, é-lhe diagnosticado Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), tendo-se iniciado a associação de Vildagliptina + Metformina 1000/50mg e sido promovidos estilos de vida saudáveis, a nível da alimentação e atividade física. As análises de Março mostram uma normalização dos valores do colesterol e, na consulta seguinte, o utente refere ter alterado a sua alimentação, tendo diminuído o consumo de hidratos de carbono e gorduras. Em Setembro, as análises mostram uma normalização dos valores da DM-2. Na consulta seguinte, o utente refere que manteve os hábitos alimentares e que pondera iniciar uma atividade física regular. Face aos resultados analíticos é diminuída a medicação, passando a tomar apenas Lisinopril 20mg e Metformina 850mg.

Discussão: O Médico de Família possui um papel privilegiado na promoção da saúde. Ao descobrir que possuía DM-2, o utente mostrou-se recetivo a medidas sugeridas na alimentação e atividade física. Após a aplicação destas, os valores analíticos normalizaram, que se traduziu numa diminuição da medicação crónica.

A prática semanal recomendada de 2,5 a 5 horas de exercício reduz a mortalidade cardiovascular, sendo que pode ser repartida ao longo do dia, por episódios de 10 ou mais minutos.

A adoção de uma alimentação com base na dieta mediterrânica possui efeitos diretos no controlo dos níveis do colesterol LDL e HDL, tensão arterial e glicemia.

Apesar de o caso ser bem-sucedido, o desafio mantém-se. A estratégia passa pela educação associada à criação de objetivos dialogados, que permitem uma mudança do estilo de vida.

P 41

E QUANDO ELES VOLTAM PARA CASA? O MÉDICO COMO AGENTE TERAPÊUTICO

Mafalda C. Cachorro, Ana Rita Matos, Joana Nunes
USF Oeiras

Relato de caso: O médico de família (MF) como gestor dos problemas de saúde deve coordenar a prestação de cuidados tornando-os efectivos e adequados, para além de prevenir os excessos interventivos e funcionar por si só como agente terapêutico.

Utente do sexo feminino, 83 anos, a viver com o filho de 52 anos, é observada em consulta programada pelo utente em Abril 2014. Antecedentes irrelevantes. Apesar do motivo de consulta solicitado ser avaliação analítica e radiográfica, demonstra após exploração detalhada, motivo oculto relacionado com grande ansiedade e humor muito deprimido. Este facto deve-se à difícil relação com o filho desde 2009 (salienta-se antecedentes de depressão grave e perturbação da personalidade, desemprego, incumprimento terapêutico e negação dos problemas de saúde).

O papel do MF passou por escuta terapêutica com aconselhamento e acordo mútuo de plano partilhado focando estratégias de coping e resolução dos problemas. O acompanhamento privilegiado do MF com consulta mensal e depois trimestral, sem necessidade de recorrer a outros apoios ou cuidados de saúde secundários.

Assim, a construção de uma relação empática e terapêutica mostrou-se vantajosa e eficaz, transmitindo o conceito de “porta aberta” e vigilância longitudinal dos problemas apresentados.



SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D NO IDOSO: BENEFÍCIOS E RECOMENDAÇÕES

Sara Marote, Tiago de Castelar Gonçalves

Hospital Santo António dos Capuchos do Centro Hosp. Lisboa Centro

Introdução: A vitamina D tem um papel primordial no metabolismo do cálcio e na regulação dos seus níveis plasmáticos. A 25-hidroxi-vitamina D (25(OH)D), a principal forma de vitamina D em circulação, depende da biossíntese de vitamina D3 na pele e da dieta, embora a dieta apenas contribua com 5 a 10% das necessidades diárias. A biossíntese de vitamina D3 na pele ocorre quando esta é exposta a radiação UVB, não é constante ao longo do ano e varia individualmente, dependendo de vários fatores como a idade, estação do ano, latitude, hora do dia, duração e área de superfície corporal exposta ao sol, uso de cremes com proteção solar e pigmentação da pele. Em situações de défice crónico de vitamina D, situação muito comum nos idosos, ocorre um aumento do turnover ósseo, diminuição da densidade mineral óssea e, risco aumentado de fraturas ósseas.

Objetivos: Rever a literatura mais recente e reunir informação relevante para o clínico sobre os benefícios da suplementação com Vitamina D, identificação das populações alvo, opções farmacológicas, doses e recomendação para *follow-up*.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed*, limitada a publicações entre 2013 e 2015, utilizando os termos *vitamin D AND deficiency AND prevention AND geriatric/elderly* e uma pesquisa adicional das normas em vigor da Direção Geral de Saúde (DGS).

Resultados: A 1,25(OH)2D, a forma biologicamente activa da vitamina D, tem um amplo espectro de acções, incluindo a inibição da proliferação celular, a inibição da angiogénese, a estimulação da produção de insulina, a inibição da produção de renina e a estimulação da produção de catelicidina dos macrófagos. Nos últimos anos, foram identificados receptores da vitamina D3 (VDR) no cérebro, próstata, mama, cólon, células do sistema imunitário, músculo liso vascular e nos miócitos, para além dos classicamente conhecidos: osso e intestino. Desde então, alguns estudos têm sugerido uma relação inversa entre os níveis de vitamina D no organismo e várias doenças como: neoplasias, diabetes melitos, doenças cardiovasculares, hipertensão, esclerose múltipla, artrite reumatóide, demência e doenças infecciosas. Contudo, actualmente, a suplementação com vitamina D só está recomendada para a prevenção de quedas. O melhor indicador do conteúdo corporal de vitamina D é o nível sérico de 25(OH)D, e o seu doseamento está recomendado nos indivíduos com risco de deficiência de vitamina D, dos quais se destacam os idosos, doentes com osteoporose, histórias de quedas e fraturas, obesidade, uso de medicações que interfiram no metabolismo da vitamina D, síndromes de má-absorção, hiperparatiroidismo primário, insuficiência renal ou hepática, doenças granulomatosas e linfomas. Apesar da norma da DGS definir um limiar de 20 ng/ml como o valor abaixo do qual se considera existir um défice de vitamina D, não existe um consenso no que diz respeito a este valor. Há no entanto uma concordância de opiniões, baseada em estudos mais recentes, que estabelece como baixo, um valor de 25(OH)D inferior a 30-32 ng/ml. Sendo um grupo de risco para o défice de vitamina D, os indivíduos com mais de 65 anos têm indicação para realizar suplementação com cálcio e vitamina D. Contudo, essa suplementação deve ser evitada em doentes imobilizados, e deve ser realizada com precaução nos doentes com insuficiência renal e nos doentes cardíacos. A suplementação pode ser feita sob a forma de vitamina D2 (ergocalciferol) ou de vitamina

D3 (colecalfiferol), sendo a segunda preferida, por aumentar os níveis séricos de 25(OH)D durante um período mais longo. As doses actualmente recomendadas para suplementação de vitamina D obedecem a algumas variáveis, das quais se destaca a idade. Na população com idade compreendida entre 65 e 70 anos, a dose de vitamina D a ser administrada deverá ser 600UI/dia e na população com idade superior a 70 anos a dose actualmente recomendada é 800UI/dia. Nos pacientes sob suplementação com 25(OH)D dentro dos limites de dose recomendadas, não é necessário proceder à monitorização dos níveis séricos da vitamina. No entanto, caso o clínico opte por fazer um controlo analítico, este deverá ser realizado apenas 3 ou 4 meses depois de iniciada a terapêutica para confirmar se os níveis apropriados de 25(OH)D são atingidos.

Discussão e conclusão: Torna-se assim evidente a importância que a vitamina D desempenha no funcionamento dos mais diversos sistemas fisiológicos. Especialmente nos idosos, o diagnóstico precoce do défice de vitamina D, a consequente suplementação controlada e otimizada e um correcto follow-up, são aspectos fundamentais para prevenir novas comorbilidades nesta população já por si caracteristicamente debilitada e mais frágil.

UM ACHADO OCASIONAL

Melanie Ferro; Filipa Fernandes

UCSP Montemor o Velho

O bócio mergulhante (BM) é uma patologia rara da tiróide que consiste numa glândula aumentada de tamanho, peso e volume que invade a cavidade torácica total ou parcialmente. Apesar de na maioria dos casos ser benigno, o BM tem um risco de malignização em 2 a 22% dos doentes. É mais frequente em mulheres com idade superior a 60 anos de idade. Clinicamente os doentes são usualmente assintomáticos e o seu achado é na maioria acidental. A abordagem é cirúrgica e consiste na excisão da glândula.

Relata-se o caso de uma doente de 72 anos, independente para actividades de vida diária, casada e mãe de 2 filhos. Antecedentes pessoais de hipertensão arterial e dislipidemia, medicada com Losartan/Hidroclorotiazida (100/12,5 mg) id, Sinvastatina (10 mg) id e Carvedilol (6,25 mg) id. Recorre a consulta na UCSP de Montemor o Velho por tosse persistente com dois meses de evolução que piora em decúbito dorsal. Sem outras queixas. Foi pedido a realização de raio-X torácico que revelou nódulo paratraqueal direito. Para esclarecimento dos achados do raio-X, realizou TAC torácica que evidenciou várias formações nodulares em relação a bócio multinodular mergulhante. Caso referenciado a cirurgia geral, que optaram a realização de tireoidectomia total com boa evolução pós-procedimento.

ASMA NO IDOSO

Laura Magalhães Gonçalves¹, Ângela Bento Pinto¹,

Mafalda Barrigas², Margarida Nunes²

¹USF Plátano, ²USF Portus Alacer, Centro de Saúde de Portalegre

Introdução: A asma é uma patologia comum no idoso e pode representar um desafio diagnóstico se os sintomas surgirem tardiamente. Sendo uma patologia sub-diagnosticada e consequentemente não tratada, a sua evolução e prognóstico são pouco previsíveis.

Objetivos: Facilitar o diagnóstico e abordagem da asma no idoso, proporcionando conceitos clínicos atualizados.

Material e métodos: Pesquisa sistemática nas bases de dados *Clini-*



calKey, UpToDate e Scielo, de artigos publicados entre 2010 e 2015, em Português, Inglês e Espanhol, utilizando os termos *MeSH*: asma no idoso, *asthma in older adults*, *asthma in elderly* e *asma en el anciano*.

Resultados: A prevalência da asma no idoso é de 4-8%. Se esta patologia não for corretamente diagnosticada e controlada pode produzir-se uma limitação permanente do fluxo aéreo, incapacidade física e social ou causar a morte devido a crises graves. A sintomatologia mais frequentemente relatada é tosse, pieira e dor torácica, em detrimento da dispneia.

Consideram-se como triggers a atopia, tabagismo, exposição a substâncias irritantes, fármacos e algumas comorbilidades.

A abordagem diagnóstica é focalizada nos testes da função pulmonar. Os estudos laboratoriais como os testes cutâneos para alergia são úteis em pacientes selecionados.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com insuficiência cardíaca, DPOC e enfisema.

O tratamento da asma no idoso assenta em 4 questões essenciais: monitorização, educação, controlo de factores ambientais e terapia farmacológica.

Conclusão: O diagnóstico de asma no idoso é fundamental porque é possível o seu tratamento e a consequente melhoria da qualidade de vida do paciente.

P 45

UROLÍTIASE: QUANDO E COMO PREVENIR A SUA RECORRÊNCIA

Joana Vale e Catarina Azeredo
USF Terras do Antuã

Introdução: O risco de urolitíase num indivíduo está estimado em 5-10%, sendo a taxa de recorrência reportada até 50% em 5 anos e 80-90% em 10 anos. A prevenção da recorrência é portanto de extrema importância.

Objetivo: Sistematizar a abordagem da prevenção da recorrência de urolitíase no adulto.

Métodos: Pesquisa de guidelines portuguesas e europeias e de artigos científicos efectuada em Abril de 2015 com os termos *MeSH*: *urolithiasis*, *recurrence* e *prevention* na base de dados *PubMed*, publicados entre 2005 e 2015, nas línguas portuguesa e inglesa.

Resultados: A evidência científica é ainda insuficiente, não sendo consensual se deverá ser realizado estudo do cálculo, bioquímica e análise urinária prévia à adopção de medidas preventivas. De acordo com a *American College of Physicians* este estudo não deverá ser realizado e o tratamento deve passar por diurético tiazídico, citrato ou alopurinol. Contudo, segundo os estudos europeus o conhecimento do tipo de cálculo e o estudo metabólico dos doentes de alto risco permite direccionar a terapêutica dietética e farmacológica. Torna-se essencial primeiramente determinar se estamos perante um doente de alto risco, havendo então indicação para estudo metabólico e tratamento dirigidos.

Discussão: Os estudos apresentam ainda resultados contraditórios, sendo necessário uma uniformização das guidelines. De acordo com as normas europeias, deverá ser realizado um estudo adequado e respectiva terapêutica sempre que se trate de doente de alto risco.

P 46

CARATERIZAÇÃO E ASSOCIAÇÃO DOS PROBLEMAS DOS DOENTES IDOSOS DA USF COVELO

Ana Sofia Lima, Sara Oliveira, Luzia Ferreira, Manuela Fontoura, Alice Seixas, Tiago Taveira-Gomes
USF Covelo, ACES Porto Oriental

Introdução: A codificação dos problemas é importante para permitir a decisão fundamentada no contexto clínico do doente e garantir a qualidade dos processos clínicos. O registo sistemático dos problemas permite melhor estudar a população alvo e alertar para disparidades no estado de saúde dos utentes.

Objetivos: Caraterizar os problemas dos utentes com idade superior a 64 anos e procurar associações de forma sistemática.

Métodos: Foram registados os problemas de saúde, ativos ou abandonados em consulta, dos doentes com idade superior a 64 anos no período de 20 de abril a 22 de maio de 2015 para 4 Médicos de Família da USF Covelo. Os problemas foram codificados segundo ICPC-2. Foi realizada uma análise de frequência estratificada por sexo e idade e análise sistemática de associações com o algoritmo de data mining apriori.

Resultados: Analisaram-se 228 utentes – 14% da população em estudo da USF. Os problemas mais prevalentes foram dislipidémia (50%), hipertensão sem complicações (48%), perturbação do sono (24%), excesso de peso (22%), obesidade (19%) e depressão (15%). Foram identificadas 154 associações a apresentar. Como exemplo, no caso da dislipidémia, a probabilidade de um utente apresentar esse problema é: 53% sabendo que apresenta HTA; 71% sabendo que apresenta HTA e excesso de peso; 60% sabendo que apresenta perturbação do sono.

Discussão/Conclusões: As prevalências encontradas estão de acordo com valores publicados. As associações encontradas alertaram para a pesquisa de problemas não identificados. Existem poucos estudos que aplicam esta metodologia, que pode ser informativa para a qualidade da prática clínica.

P 47

O QUE INFLUENCIA O TEMPO DE CONSULTA EM IDOSOS?

Sara Oliveira, Ana Sofia Lima, Luzia Ferreira, Manuela Fontoura, Alice Seixas, Tiago Taveira-Gomes
USF Covelo, ACES Porto Oriental

Introdução: A adequação do tempo de consulta às necessidades traduz-se em benefícios para os doentes e redução de custos. A avaliação do doente idoso requer maior atenção devido à presença de comorbilidades, o que é mais difícil de realizar nos tempos de consulta previstos. Importa assim conseguir medir e conhecer os determinantes dos tempos de consulta.

Objetivos: Caracterizar o tempo de consulta de doentes idosos.

Métodos: Foram registados os tempos de consulta de doentes com idade superior a 64 anos no período de 20 de abril a 22 de maio de 2015 para 4 médicos da USF Covelo. Anotaram-se os problemas ativos ou abandonados na consulta. Realizou-se uma análise de frequência estratificada por idade, sexo, médico e problema. A significância estatística foi avaliada por ANOVA. Foram identificadas associações usando o algoritmo apriori.

Resultados: Analisaram-se 228 consultas, englobando 14% da população em estudo na USF. O tempo médio de consulta programada foi 20±7 min (esperado 20min), e o de consulta aberta 16±7 (esperado 10min). Não foram encontradas diferenças significativas para o



tempo de consulta por sexo, idade e médico. O tempo de consulta aumenta com o número de problemas abordados e ativos ($p < 0.05$). O atraso da consulta ocorre em 72% dos doentes com osteoartrite do joelho e dislipidemia, 59% das mulheres vs. 29% dos homens com perturbação do sono e 56% das mulheres com depressão.

Conclusões: O tempo de consulta não programada é insuficiente na maioria dos casos. O número de problemas relaciona-se com o tempo. O conhecimento dos fatores que causam atrasos podem ser úteis para uma melhor gestão do tempo e melhoria da qualidade dos serviços.

P 48

O IDOSO, A MORTE E A DISFUNÇÃO FAMILIAR

Sara Cunha e Joana Casanova

USF Oceanos, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Enquadramento: Para além da patologia orgânica, o idoso está também suscetível a quadros depressivos e ansiosos, muitas das vezes resultantes da morte do conjuge e do isolamento e reconfiguração familiar consequentes.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, de 72 anos, viúvo, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, acidente vascular cerebral e enfarte agudo do miocárdio. Encontra-se na fase VIII do ciclo de Duvall e Classe III da Classificação Socioeconómica de Graffar. Trata-se de um utente pouco frequentador da Unidade de Saúde, que em agosto de 2014 começa a recorrer frequentemente à consulta aberta com queixas inespecíficas, sendo posteriormente identificado quadro de humor deprimido, ansiedade e insónia mista, que o próprio relaciona com o facto da família não aceitar o seu novo relacionamento. Iniciou tratamento com um fármaco antidepressivo, apresentando melhoria da sintomatologia em consulta de reavaliação.

Discussão: Morte de um familiar próximo, consumo elevado de consultas, sintomatologia inespecífica e dificuldade de comunicação na família são alguns dos sinais de alarme que deverão motivar uma avaliação familiar mais cuidada. O médico de família, prestando cuidados de saúde centrados no doente e no seu contexto biopsicossocial, apresenta um papel privilegiado na identificação precoce de sinais de disfunção familiar e na promoção dos cuidados antecipatórios adequados a cada etapa do ciclo de vida.

P 49

PICO FLUXO DE TOSSE E TÉCNICAS ASSISTIDAS/COMBINADAS NO IDOSO

Alexandra Ferreira; Bruna Dias; Cláudia Dias; Lourdes Cabezeulo

Unidade de Longa Duração e Manutenção de Aljezur; Linde Healthcare

Resumo: O processo de envelhecimento promove mudanças no sistema respiratório. A diminuição da força da musculatura respiratória conduz à diminuição da taxa do pico do fluxo expiratório forçado (tosse) e consequentemente na eficácia da função pulmonar. O reflexo de tosse é um mecanismo de proteção da via aérea e para considerar uma tosse eficaz são necessários valores de pico de fluxo de tosse (PFT) ≥ 260 L/min.

Objetivos: Avaliar o pico fluxo de tosse espontâneo com *air stacking* e *air stacking* com compressão torácica (tosse assistida manualmente – técnica combinada).

Material e métodos: utilizou-se *peak-flow meter*, máscara facial e insuflador manual. Selecionaram-se 20 utentes com idade ≥ 65 anos. O *peak cough flow (PCF)* foi medido com o doente, na posição de

sentado. Esta medição foi realizada de três formas: 1 - Insuflação máxima e expiração forçada de forma espontânea. 2 - Auxílio da insuflação máxima com insuflador manual e expiração forçada. 3 - Auxílio da insuflação máxima com insuflador manual e expiração forçada com compressão torácica. Os resultados foram comparados utilizando o Teste de correlação de Pearson.

Resultados: a idade média dos doentes foi de 81 ± 7.3 anos. A correlação entre o PCF e a idade foi de -0.4 .

Verificou-se uma forte correlação ($p=0.9$) entre PCF e PCF com técnica assistida/combinada.

Discussão/Conclusões: Demonstrou-se que a técnica combinada (*air stacking* + compressão torácica) é de extrema importância para aumentar o PFT. Porém não são valores considerados de tosse eficaz, tendo que se ponderar nestas situações técnicas assistidas mecanicamente.

P 50

ALTERAÇÃO DO ESTADO DE CONSCIÊNCIA EM DOENTES IDOSOS

Mafalda Sousa, Ana Canelas, Ana Cristina Carneiro,

Vítor Paixão Dias

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho

Introdução: O delírium e os estados confusionais são das doenças mentais mais comuns encontradas nos doentes com doença médica, principalmente nos idosos. Pode ser o único sintoma que sugira doença aguda dos doentes idosos, sobretudo naqueles já com síndrome demencial. Os factores precipitantes mais comuns são os distúrbios hidroelectrolíticos, infeções, fármacos, doenças metabólicas, estados de baixa perfusão e estados pós-operatórios.

Objetivos: Avaliar os factores precipitantes mais comuns em doentes idosos com alteração do estado de consciência.

Material e métodos: Foram revistos retrospectivamente 150 casos de doentes com idade igual ou superior a 60 anos que recorreram ao SU de Medicina Interna (área laranja) nos 4 primeiros meses de 2015, com a queixa principal de alteração do estado de consciência.

Resultados: 17% dos doentes foram admitidos por alteração do estado de consciência como queixa principal. Destes, 65% apresentavam uma intercorrência infecciosa (38% respiratória e 27% urinária). 15% apresentavam distúrbios hidroelectrolíticos, nomeadamente hipernatremia por desidratação, 12% apresentavam doença cerebral primária e 8% encefalopatia hepática.

Conclusão: As intercorrências infecciosas são uma causa comum de alteração do estado de consciência nos doentes idosos admitidos no Serviço de Urgência, muitas vezes como única forma de apresentação.

P 51

COMUNICAR COM A PESSOA COM DEMÊNCIA: O CAMINHO PARA A INTERVENÇÃO

Ana Luísa Gama, Andreia Conde, Fátima Quaresma, Manuel Dias, Sandra Costa

Hospital do Mar

O número de pessoas com síndromes demenciais tem vindo a aumentar, sendo que em Portugal estima-se que existam 153 mil pessoas com demência. Os sintomas manifestados pela pessoa com demência tornam a relação entre ela e aqueles que a rodeiam mais complexa, particularmente se atendermos às dificuldades que surgem na comunicação. Pelo facto de a comunicação verbal estar

frequentemente comprometida, a não-verbal que é responsável por cerca de 93 % de qualquer mensagem assume-se como basilar na prestação de cuidados.

Com este trabalho pretendeu-se identificar as estratégias de comunicação, verbal e não-verbal, facilitadoras da relação com a pessoa com demência e que levam à otimização dos cuidados.

Identificaram-se os problemas de comunicação presentes, as estratégias adotadas pela equipa prestadora de cuidados e o seu impacto. Foram analisados os 20 doentes internados na semana de 16 a 22 de Fevereiro de 2015 na Unidade de Neuro-reabilitação do Hospital do Mar.

Os principais problemas identificados estão todos eles relacionados com os sintomas mais prevalentes que afetam a capacidade de comunicação verbal e não verbal na pessoa com demência, entre eles, afasia, défices de atenção e alterações da memória de curto e longo prazo. As principais estratégias de comunicação, foram o contacto visual direto, expressão facial e o uso de frases curtas e simples.

Conclui-se que utilizando estratégias específicas que tenham em conta a individualidade, é possível melhorar e facilitar a comunicação com a pessoa com demência, promovendo assim a melhoria dos cuidados, e a intervenção não farmacológica é a primeira linha de intervenção e a comunicação o caminho por excelência para o conseguir.

P 52

TESTAMENTO VITAL

Marcos Teixeira Pedro, Ana Filomena Belo, Inês Amorim, Rute Carvalho, Sara Gomes
USF Ermesinde, USF Alfena

Introdução e objetivo(s): As Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) sob a forma de Testamento Vital (TV) são um direito dos cidadãos portugueses desde 2014. O médico assistente deverá estar atualizado sobre este tema de forma a garantir um esclarecimento e apoio que permitam tomadas de decisões informadas.

Este trabalho tem como objetivos perceber em que consiste o Testamento Vital, como o elaborar de forma correta e como é realizado o seu processo de validação.

Métodos: Pesquisa de artigos, normas, circulares e legislação, publicados nos sites da DGS, do Ministério da Saúde, do Diário da República, entre outros considerados relevantes, nas línguas portuguesa e inglesa, utilizando os termos Testamento Vital, Diretiva Antecipada de Vontade, *Advance Directives* e *Living Wills*.

Resultados: O TV é um documento que permite ao cidadão inscrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber e/ou a nomear de um procurador de cuidados de saúde.

O cidadão pode aceder ao Portal do Utente, descarregar o formulário com o modelo de DAV, preencher e entregar no agrupamento de centros de saúde, ou na unidade local de saúde, da sua área de residência. Após validação, o TV será registado no Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) que assegura a sua disponibilização atempada, quando tal for necessário.

Discussão: A Medicina Geral e Familiar é o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde. O Médico de Família deve estar informado e capacitado para transmitir informações aos utentes e esclarecer as suas dúvidas quanto a esta matéria.

P 53

MUSICOTERAPIA E ACUFENOS - QUAL A EVIDÊNCIA?

Marta Fernandes, Teresa Moura Bastos
USF Sudoeste, UCSP Sul

Introdução: Os acúfenos são um sintoma que ocupa parte das consultas nos cuidados de saúde primários e muito frequentes nos idosos. Corresponde à percepção de um som na ausência de estimulação acústica. Uma grande variedade de sons (nomeadamente a música) tem sido sugerida na habituação, disfarce ou supressão dos acúfenos.

Objetivos: Rever a evidência existente relativamente à eficácia da musicoterapia no tratamento dos acúfenos em adultos.

Materiais e métodos: Pesquisa de normas de orientação clínica (NOC), metanálises (MA), revisões sistemáticas (RS) e ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECA) entre 2005 e de 2015, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, nas bases de dados *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines Infobase*, *Cochrane Library*, *Dare*, *Bandolier*, *Pubmed*, *tripdatabase* e *SUMsearch*

Resultados: Foram encontrados 112 artigos, sendo que apenas 13 preencheram os critérios de inclusão (9 ECA, 2 RS e 2 NOC). Uma NOC refere que a musicoterapia poderá ser usada em caso de falha do tratamento médico ou cirúrgico. Uma RS da Cochrane diz que os dados evidenciados pelos estudos são insuficientes para demonstrar uma forte evidência do tratamento dos acúfenos como terapia sonora. Relativamente aos ECA, demonstram benefício na utilização da musicoterapia e apenas um revelou que os doentes não beneficiaram desta terapia.

Conclusões: Da análise dos trabalhos incluídos destaca-se a variabilidade das conclusões, limitações metodológicas, heterogeneidade dos estudos, bem como comentários discrepantes entre as NOC e as revisões sistemáticas existentes. Assim a evidência diz-nos que a musicoterapia não é um tratamento comprovadamente eficaz (Força de recomendação B).

P 54

PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS NA POPULAÇÃO GERIÁTRICA

Eduarda Martins¹, Andreia Lages²
¹USF Mais Saúde, ²UCSP Santa Marta

Introdução: A prescrição farmacológica na população geriátrica deve ser feita tendo em conta os aspetos específicos deste grupo etário que lhe conferem maior vulnerabilidade, sendo que a polimedicação contribui para uma maior probabilidade de ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas. De entre os fármacos mais prescritos, encontram-se as benzodiazepinas que apresentam vários efeitos laterais (Critérios de Beers recomendam evitar para o tratamento de insónia, agitação ou delírio).

Objetivo: Este estudo pretende avaliar os utentes idosos que estão medicados cronicamente com benzodiazepinas.

Metodologia: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo, realizado à população idosa inscrita na USF Mais Saúde, durante o ano de 2013. Foi avaliada a prescrição crónica de benzodiazepinas, os fármacos prescritos e a duração de tratamento. Os dados foram retirados dos programas informáticos MIM@UF e Sclenic.

Resultados: Verificou-se que em 31% dos idosos constava da medicação crónica alguma benzodiazepina, sendo o fármaco mais prescrito o alprazolam, seguido do lorazepam e bromazepam. A maioria fazia



a medicação há mais de 5 anos.

Discussão: As benzodiazepinas devem ser prescritas em casos específicos, na menor dose eficaz e por curto período de tempo. Contudo, continuamos a ter idosos cronicamente medicados com estes fármacos, cujos efeitos laterais acarretam aumento do risco de acidentes, quedas e alterações cognitivas. Estão atualmente descritos outros fármacos, que por terem melhor perfil de tolerância e menos efeitos adversos, devem ser considerados como tratamento de primeira linha da insónia, agitação ou ansiedade.

Para evitar a iatrogenia medicamentosa, o médico de família deverá rever periodicamente a medicação do utente idoso.

P 55

AValiação DA MELHORIA DE QUALIDADE DOS REGISTOS DAS CONSULTAS MÉDICAS DOMICILIÁRIAS

Sara Costa, Ana Mordomo, Rita Morão, Pedro Dias, Érica Vicente, Gonçalo Delgadinho, Emília Salta, Ricardo Ribeiro, Joana Santos, Isa Cavaleiro

USF Arco-Íris, ACES Amadora

Introdução: As consultas médicas domiciliárias visam garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde primários da população em situação de dependência, que assume uma proporção progressivamente maior devido ao envelhecimento demográfico.

Objetivos: Avaliar e melhorar a qualidade dos registos informáticos das consultas médicas domiciliárias

Metodologia

Dimensão: qualidade técnico científica

Unidade de estudo: consultas médicas domiciliárias realizadas a utentes da USF Arco-Íris entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 Dezembro 2014

Fonte de dados: VitaCare® e MedicineOne®

Tratamento de dados: Microsoft Excel®

Tipo de avaliação: interna

Relação temporal: retrospectiva

Crítérios de avaliação: preenchimento de motivo de consulta (S), escala de Barthel (O), codificação ICPC 2 na avaliação (A), e código A45 no plano (P);

Tipo de intervenção: educacional

Resultados: Foram comparados os registos informáticos das consultas domiciliárias dos anos em estudo (157 consultas em 2013 e 115 em 2014). Os resultados obtidos nos anos de 2013 e 2014, foram: para o S de 63,0% e 95,7%; para o O de 3,2% e 85,2%; para o A de 70,1% e 94,8%; e para o P 24,8% e 91,3%, respectivamente.

Discussão: Verificou-se uma melhoria significativa nos 4 critérios de avaliação, sendo de realçar que no S, A e P foi atingido um índice de cumprimento de valor superior a 90%.

É importante manter os registos clínicos de qualidade e uma avaliação correta da dependência do doente, o que permitirá otimizar os cuidados prestados.

P 56

BENEFÍCIO DA INGESTÃO PROTEICA ADEQUADA NA LONGEVIDADE DO IDOSO

Gustavo Gama, Maria Inês Oliveira, Isabel Carvalho

USF Renascer, ACES Gondomar; USF Lagoa, ULS Matosinhos; USF Renascer, ACES Gondomar

Introdução: Com o avançar da idade a perda progressiva de músculo esquelético e da sua funcionalidade, diminui a capacidade física,

provoca perda de independência para as atividades de vida diária, aumenta a susceptibilidade para quedas (por osteoporose/osteopenia) e aumenta a sua mortalidade.

Objetivos: Demonstrar a necessidade de um maior aporte proteico diário para compensar os processos inflamatórios e catabólicos associados a doenças agudas e crónicas que habitualmente ocorrem no idoso. Sugerir alimentos adequados, distribuição dos mesmos nas refeições diárias, opções de suplementação e apresentar resultados de estudos recentes.

Metodologia: Pesquisa electrónica de artigos e revisões de jornais e revistas. Revisão da literatura na base de dados Pubmed, sem restrição de idioma, com as seguintes palavras-chave: aging, older people e protein combiandas com benefits, intake.

Conclusão: Há evidência de que um bom aporte proteico em combinação com atividade física apresenta resultados na prevenção das consequências derivadas do envelhecimento e na qualidade de vida do idoso. Ajuda na manutenção da massa muscular e controla o peso corporal atrasando a sarcopenia. Neste sentido, as recomendações nutricionais previamente estabelecidas (0,8g proteína/kg/d) estão a ser postas em causa, excepto para os doentes com insuficiência renal (TFG <30 ml/min/1.73m2) que não fazem diálise.

P 57

PRIMUM NON NOCERE – TERAPÊUTICA COM ESTATINAS EM IDOSOS

Jorge Demar Santos¹, Rita Teixeira¹, Carla Moreira¹, Rui Oliveira¹, Anne-Marie Ferreira², Sérgio Aleixo³

¹USF Infante D. Henrique, ²USF Terras de Azurara, ³USF Viseu Cidade

Introdução: A terapêutica anti-dislipídica é aconselhada aos utentes com doença cardiovascular (DCV) estabelecida e aos que apresentam um elevado risco cardiovascular (RCV). Nos idosos o benefício da redução lipídica deve ser ponderado face à expectativa de vida e potenciais efeitos secundários.

Objetivos: Determinação da percentagem de utentes com idade ≥80 anos a realizar terapêutica com estatina e caracterização segundo nível de prevenção cardiovascular;

Métodos: Estudo: observacional, descritivo, transversal

População: utentes com idade ≥80 anos, pertencentes a 9 ficheiros médicos das Unidades dos autores

Crítérios de exclusão: utentes sem consulta médica em 2014

Amostra: todos os utentes que cumprem os critérios

Fonte de dados: Processo Clínico MedicineOne® e SAM®

Análise estatística: Microsoft Excel 2010®

Resultados: Obteve-se uma amostra 712 utentes (69,38% sexo feminino), com uma média de idades de 85,26 (±4,49) anos. Verificou-se que 38,62% encontravam-se a realizar terapêutica com estatina. Destes, 16,73% apresentavam DCV estabelecida e 14,91% apresentavam diabetes mellitus ou doença renal crónica grave (31,64% com elevado RCV). Os restantes 68,36% (n=188) encontravam-se a realizar terapêutica com estatina em prevenção primária.

Discussão: Face aos resultados encontrados verificamos que mais de um terço dos utentes encontra-se a realizar terapêutica com estatina.

Destes apenas 16,73% têm história de DCV estabelecida e mesmo equiparando os utentes de elevado RCV a doentes em prevenção secundária, ainda temos cerca de 70% dos utentes medicados em prevenção primária.

Devemos evitar o excesso de intervencionismo médico através da

detecção de indivíduos em risco de sobretratamento, particularmente na população idosa que apresenta maior risco de iatrogenia.

P 58

METODOLOGIAS PARA A REDUÇÃO DA TOMA CRÔNICA DE BENZODIAZEPINAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Ana Carolina Pereira Teixeira
USF Arco do Prado

Introdução: O uso crónico de benzodiazepinas tem sido associado a diversos efeitos adversos inclusive risco aumentado de acidentes, quedas, fraturas, alterações da cognição e da memória e aumento da mortalidade global. Apesar de não ser recomendado pelas normas clínicas, um significativo número de utentes encontra-se sob tratamento crónico. Este ocorre especialmente nos idosos, grupo com maior vulnerabilidade aos seus efeitos adversos.

Objetivo: Revisão das metodologias aplicadas na redução do consumo crónico de benzodiazepinas nos Cuidados de Saúde Primários

Material e métodos: Consultadas as bases de dados: *Pubmed, York, Cochrane, Scielo, NICE* com as palavras-chave benzodiazepine withdrawal. Identificados 103 artigos, dos quais 8 ensaios clínicos foram integrados na presente revisão.

Resultados: As metodologias identificadas consistiram no envio de cartas, acompanhamento em consulta e, em um estudo, participação adicional em palestra sobre os efeitos secundários das benzodiazepinas.

Todas revelaram um efeito estatisticamente significativo na redução/cessação do consumo de benzodiazepinas. A taxa de cessação variou nos grupos de intervenção e controlo entre 13-45% vs -4%-15%, respetivamente.

Conclusão: O envio de carta aparenta ser um método de simples execução e eficaz na redução da toma crónica de benzodiazepinas. O sucesso desta metodologia variou consoante o grau de complexidade/personalização da mesma e foi superior entre aqueles motivados para o desmame das benzodiazepinas. Assim, além da metodologia, será importante ter em atenção a motivação dos utentes, fomentando-a ou oferecendo abordagens mais individualizadas nos casos de menor adesão.

O reduzido número de estudos aponta para a necessidade de serem aprofundados os conhecimentos a este nível.

P 59

CUIDADOR INFORMAL DO IDOSO DEPENDENTE – IMPACTO DO ATO DE CUIDAR

Sofia Rodrigues¹, Jorge Gonçalves², David Penas², João Antunes³

¹USF Novo Sentido - ACeS Porto Oriental, ²USF Porta do Sol - U.L.S. Matosinhos, ³USF Brás Oleiro, ACeS Gondomar

Introdução: O envelhecimento populacional das sociedades modernas, conduz à crescente prevalência de doenças crónicas, morbilidade e dependência do idoso.

A consulta domiciliária do médico de família aproxima-o desta realidade, enquanto médico do idoso e do seu cuidador informal. O ato de cuidar acarreta um impacto físico, emocional e social que deve ser vigiado.

Objetivos: Investigar o perfil do cuidador informal e o impacto positivo e negativo do ato de cuidar do idoso dependente.

Material e métodos: Revisão narrativa da literatura, com pesquisa bibliográfica nas bases de dados: *Pubmed, Trip Database, UpToDate, Web of Science* e *Index Revistas Médicas Portuguesas* – de artigos

publicados nos últimos 10 anos, em inglês e português, utilizando as palavras-chave: *caregivers, dependency, aged, positive aspects, burden*.

Resultados: Dados nacionais e internacionais apontam para um perfil de cuidador informal maioritariamente do sexo feminino, entre os 45 e os 65 anos, grau de parentesco de esposa ou filha. Sujeito à sobrecarga relacionada com as atividades básicas e instrumentais da vida diária do idoso, pode apresentar sintomas depressivos, ansiedade, burnout, risco aumentado de adoecer e isolamento social. Simultaneamente apresenta uma repercussão positiva, inerente à manutenção da dignidade do idoso dependente, percepção de melhoria da qualidade de vida e estado físico da pessoa cuidada, reforço da relação de ambos, noção de auto-eficácia, realização pessoal e “dever cumprido”.

Discussão/Conclusão: Acompanhar quem cuida deverá ser uma preocupação de todos os profissionais de saúde, especialmente do médico de família, detetando precocemente sinais de disfunção e burnout, promovendo ativamente estratégias de *coping* e de resolução de problemas.

P 60

CERVICOBRAQUIALGIA...AFINAL ERA CANCRO DO PULMÃO

Paulo Gonçalves, Luís Leal, Andreia Luís, Rita Corceiro,
Sara Almeida

Unidade de Saúde Familiar do Planalto

Introdução: A patologia osteoarticular da coluna vertebral é comum no idoso. A queixa cervicobraquialgia revelou-se neste caso como primeira manifestação de neoplasia pulmonar. O cancro do pulmão é frequentemente insidioso, e assintomático até que a doença esteja avançada.

Descrição do caso: F.M.J., sexo masculino, 70 anos, ex-fumador. A 17/3/2014 recorre à consulta aberta com relatório do SU de Ortopedia, aonde recorreu por cervicobraquialgia, tendo sido detetada listesis de C5-C6 e sugerida referenciação para Neurocirurgia.

Em consulta de rotina na USF (14/5/2014), foram requisitados análises, ECG e Rx tórax.

Rx tórax: "Nódulo infra-clavicular esquerdo".

Consequentemente foi pedida:

TC pulmonar: "volumosa lesão de natureza nodular, contornos espiculados".

Referenciou-se para Pneumologia a 25/6/2014. Neste dia o doente tem a primeira consulta de Neurocirurgia sendo pedida TC cervical, que revela: "lesões osteolíticas da coluna cervical".

Foi internado em Pneumologia para estadiamento, identificando-se adenocarcinoma do pulmão estágio IV. Iniciou radioterapia paliativa da coluna cervical e quimioterapia.

Atualmente seguido em Pneumologia Oncológica, MGF, e consulta da Dor, com boa resposta à quimioterapia.

Discussão: 7-10% de cancro do pulmão diagnostica-se em pessoas assintomáticas, aquando da realização de radiografia de tórax. Ao diagnóstico, 20% dos pacientes têm doença localizada, 25% metástases regionais, e 55% metastização à distância, o que se verificou no presente caso. O cancro do pulmão divide-se em cancro de pequenas células e de não pequenas células. Este último corresponde a cerca de 85% das neoplasias pulmonares e subdivide-se em adenocarcinoma (35-40%), carcinoma de células pavimentosas (25-30%) e carcinoma de grandes células (10-15%).



P 61

ESQUECIMENTO NO IDOSO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEMÊNCIA E PSEUDODEMÊNCIA

Ana Dias Amaral, Duarte Figueiredo Pinto, Isabel Costa
Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de São João; USF Torrão, ACeS Tâmega III

Introdução: Tanto nos Cuidados de Saúde Primários, como na consulta hospitalar de Psiquiatria, existem vários idosos com queixas mnésicas e sintomatologia aparentemente demencial. No entanto, perante um indivíduo com suspeita de demência é importante pesquisar a existência de outros quadros psiquiátricos e averiguar da eventual existência de um quadro de pseudodemência. Destes, 75% correspondem a perturbações afetivas, principalmente depressivas.

Objetivos: Rever e sumarizar as características que permitem o diagnóstico diferencial entre demência e pseudodemência.

Métodos: Pesquisa bibliográfica e revisão de artigos indexados à Medline até 30 de Abril de 2015.

Resultados: A primeira característica diferenciadora entre as duas entidades é a velocidade de instalação do quadro: na pseudodemência a instalação é aguda/subaguda, por oposição ao início insidioso e progressivo dos quadros demenciais. Nestes últimos, o humor e comportamento flutuam, ao contrário da pseudodemência em que o humor está consistentemente deprimido e a disfunção cognitiva é flutuante. Na pseudodemência, o doente tende a hipervalorizar as suas queixas mnésicas, ao contrário do doente com demência, que tenta escondê-las. Nos testes neurocognitivos, existe uma clara deterioração das funções corticais superiores na demência, que não se observa na pseudodemência. Uma das características mais curiosas, é a presença de respostas quase certas na demência e de respostas de “não sei”, “não sou capaz” na pseudodemência, o que pode resultar em falsos positivos.

Discussão/Conclusões: Existem diversas características que permitem a distinção entre quadros demenciais ou pseudodemenciais. A importância da correta identificação dos quadros de pseudodemência é a sua reversibilidade sob terapêutica antidepressiva adequada.

P 62

USO DE BENZODIAZEPINAS NO IDOSO: QUANDO PRESCREVER E QUANDO PARAR

Ana Sotero, Helena Canilhas, Inês Gornilho, Ricardo Henriques, Rita Ramalho

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Beja e Unidade de Saúde Familiar alfa Beja

Introdução: As benzodiazepinas estão indicadas no alívio a curto prazo de sintomatologia ansiosa grave ou em associação para insónia primária. A prevalência europeia do uso de benzodiazepinas é de 2-3% da população em geral, com aumento significativo no idoso (cerca de 25%). A alteração da farmacocinética/farmacodinâmica nas idades avançadas confere-lhes uma maior vulnerabilidade a este grupo farmacológico o que obriga a uma prescrição racional e ponderada bem como a um controlo regular.

Objetivo: Revisão sobre a prescrição adequada de benzodiazepinas na idade geriátrica e elaboração de estratégias que permitam eliminar a utilização inapropriada.

Métodos: revisão clássica da literatura tendo como fontes livros de texto e artigos retirados da Pubmed, tendo a pesquisa sido limitada a artigos de língua portuguesa, castelhana e inglesa dos últimos 5 anos com base nos termos *MESH benzodiazepine e elderly*.

Resultados: O consumo de benzodiazepinas associa-se a consequências negativas tais como o aumento do risco para quedas e subsequentes fraturas, comprometimento cognitivo e demência pelo que a sua prescrição deverá estabelecer-se apenas quando estritamente necessária, escolhendo preferencialmente as benzodiazepinas de semivida curta ou intermédia. No entanto, a redução de dose e mesmo a retirada destes fármacos é um processo difícil. De forma a dar resposta a este problema têm apresentado efeitos positivos: programas educacionais dirigidos a utentes e cuidadores, terapia cognitiva-comportamental ou substituição por outra medicação alternativa.

Discussão: Uma abordagem adequada para evitar o uso indiscriminado de benzodiazepinas passa por educar utentes e cuidadores para os seus efeitos e riscos, reavaliar regularmente a terapêutica crónica e elaborar estratégias de descontinuação de tratamento que se considere inadequado.

P 63

POLIMEDICAÇÃO NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS – AVALIAÇÃO E MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Inês Esteves, Vera Peixoto, Joana Bouça, André Fernandes, Ana Vieira, Filipa Vilaça

Unidade de Saúde Familiar Manuel Rocha Peixoto – ACeS Cávado I

Introdução: Com o avançar da idade existe um aumento de comorbilidades com conseqüente aumento do número de doentes polimedicados (≥ 5 fármacos). A polimedicação aumenta o risco de interações farmacológicas e reações adversas, associando-se frequentemente ao consumo de fármacos potencialmente inapropriados.

Objetivo: Avaliar a variação do número de fármacos prescritos em idosos com idade >75 anos, polimedicados, pertencentes à Unidade de Saúde Familiar (USF) Manuel Rocha Peixoto (MRP).

Material e métodos: Foi realizada na USF MRP uma avaliação retrospectiva dos registos de medicação crónica dos idosos com idade >75 anos com consulta médica em 2013. A polimedicação foi o parâmetro avaliado. Foram definidos dois períodos de análise: pré-intervenção (01/01/2013-01/01/2014) e pós-intervenção (01/07/2014-11/05/2015). A intervenção consistiu na formação dos médicos com divulgação dos critérios *START/STOPP*. Considerou-se como meta de intervenção a redução de um fármaco por utente. A informação foi obtida do programa SAM[®] e analisada no programa SPSS[®].

Resultados: Num total de 458 utentes estudados 48 foram excluídos por óbito ou ausência de seguimento. Os utentes incluídos apresentaram uma média de idades de 83,1 ($\pm 4,6$) e um predomínio do género feminino (65,3%). Verificou-se uma diminuição do número médio de fármacos da primeira ($7,71 \pm 2,62$) para a segunda ($7,35 \pm 2,27$) avaliação, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Discussão: As estratégias educacionais aos profissionais de saúde tiveram impacto positivo na redução da polifarmácia.

Novas intervenções e metas devem ser estabelecidas de forma a garantir uma melhoria contínua de assistência aos doentes desta unidade.

P 64

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Paula Isabel Neves¹, Cláudia Junqueira², João Bizarro Pinho¹

¹USF Nova Mateus, UCSP Mateus²

Portugal tem cerca de dois milhões de idosos e estima-se que 17-

27% estejam num estado de fragilidade, o que aumenta o risco de dependência e de morbi-mortalidade. O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas reporta a importância do rastreio e prevenção da fragilidade através do envelhecimento ativo. A Avaliação Geriátrica Global (AGG) é o gold standard para a otimização da saúde do idoso. Contudo a sua complexidade dificulta a aplicação nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). Esta revisão pretende esclarecer os procedimentos essenciais da AGG para a adaptação aos CSP, mantendo os seus benefícios.

Após pesquisa bibliográfica na *Pubmed* e em sociedades de geriatria, utilizando os termos *Comprehensive Geriatric Assessment, Primary Health Care OR Family Medicine*, foram incluídos 41 artigos.

Inicialmente é sugerido um rastreio oportunístico da fragilidade (ex: VES-13) porque apenas os idosos em estado de vulnerabilidade ou fragilidade beneficiam de uma abordagem mais específica. Posteriormente, devem ser submetidos a uma avaliação holística, proativa e faseada, que inclui a pesquisa de problemas geriátricos comuns, a otimização da prevenção e a reavaliação do tratamento. A adesão é essencial, devendo-se estimular a decisão partilhada e a simplicidade das recomendações.

Alguns dos benefícios sugeridos são: menor uso do serviço de urgência, melhoria da qualidade de vida, aumento da sobrevida, atraso do declínio funcional e da institucionalização.

Portanto, a evidência sugere que idosos em risco beneficiam de uma abordagem geriátrica holística nos CSP. São necessários mais estudos para estabelecer um protocolo uniformizado, mas tal não deve atrasar a implementação desta avaliação.

P 65

SÍNDROME DA FRAGILIDADE

Duarte Figueiredo Pinto
USF Torrão, ACeS Tâmega III

Introdução: A fragilidade consiste num estado clínico de vulnerabilidade com aumento do risco para a saúde global do doente, incluindo declínio funcional, quedas, hospitalizações e mortalidade.

Objetivo: Rever o conceito fisiopatológico da fragilidade e suas implicações geriátricas.

Material e métodos: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica a 1 de maio de 2015 na base de dados *Pubmed* com a seguinte questão: *frailty [All Fields] AND (syndrome [MeSH Terms] OR syndrome [All Fields])*, e foi refinada posteriormente para as revisões publicadas nos últimos 5 anos. Foram escolhidos os artigos mais pertinentes. Foram consultados outros recursos de medicina baseada na evidência (*UpToDate*) e livros com realce clínico nesta área.

Resultados: Ainda não foram implementados critérios de diagnóstico consensuais para este síndrome. A base fisiológica resulta, em parte, da ativação de vias inflamatórias e da desregulação do sistema neuroendócrino. Os tratamentos têm incidido sobre componentes da fragilidade, como a força músculo-esquelética, sendo o exercício o único tratamento demonstrado como eficaz. Equipas de avaliação geriátrica e programas especializados podem desempenhar um papel importante na melhoria da qualidade de vida. É importante dirigir as intervenções de acordo com o perfil do indivíduo, o que incorpora as suas preferências e a fase em que se encontra no espectro de fragilidade.

Conclusão: Perante as implicações biopsicossociais da fragilidade, o médico assistente deve estar atento às complicações subjacentes e à vulnerabilidade que esta impõe no dia-a-dia e o bem-estar do doente geriátrico, com significado prognóstico na saúde global e na morbimortalidade deste.

P 66

O OUTRO LADO DO DOENTE IDOSO

Ana Luísa Borges
USF Santa Maria Benedita

Introdução: A sobrecarga do cuidador resulta da necessidade crescente de cuidados permanentes a doentes idosos com patologia crónica e demencial, estando esta última associada a um maior risco de exaustão.

Verifica-se a médio/longo prazo a diminuição da sua qualidade de vida, negligência do próprio perante a sua saúde e alterações psicológicas associadas ao stress, associando-se a um maior risco de quadros depressivos, isolamento social, desregulação do sistema imune e endócrino, distúrbios do sono, aumento do risco cardiovascular.

Objetivo: Perceber quais os fatores de risco para sobrecarga do cuidador que podem ser reconhecidos pelos cuidados de saúde primários, e quais as principais atitudes preventivas.

Métodos: Foi realizada uma revisão clássica da literatura, através de pesquisa bibliográfica na *Pubmed/Medline* e motores de busca genéricos de artigos em Português e Inglês, com os termos *Mesh: caregiver well-being, caregiver burden e dementia*.

Resultados: Os fatores de risco mais preditivos são os relacionados com o doente e a evolução da sua doença, assim como o elevado número de horas de cuidado, a co-habitação e também o sexo feminino e idade avançada. Após a avaliação destes fatores através de escalas, existem múltiplas estratégias que podem ser implementadas na área da psicologia, medidas de coping e mindfulness; na clínica, informar e tranquilizar sobre a doença; no apoio técnico, alterações na habitação; no apoio social, eventual institucionalização, ainda que temporária.

Conclusão: A identificação precoce dos fatores de risco modificáveis da Sobrecarga do Cuidador, e as diferentes intervenções, permitirão redução da depressão e stress nos cuidadores e atrasar o momento de institucionalização dos doentes.

P 67

A VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO: O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Adriana Coelho¹, Catarina Martins²
¹USF Santa Luzia, USF Freamunde²

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, Portugal é um dos países com maior taxa de violência contra idosos. Este é um grave problema de saúde pública com prejuízos para as vítimas, famílias e sociedade.

O baixo nível de sensibilização da comunidade e as dificuldades na identificação das vítimas, refletem-se nas baixas taxas de notificação. Os Médicos de Família assumem uma posição privilegiada para as identificar, intervir preventivamente, oferecer cuidados e informar as autoridades competentes.

Objetivo: Rever o algoritmo de atuação a nível da prevenção, identificação e orientação de situações de violência aos idosos, no âmbito dos cuidados primários.

Métodos: Efetuou-se uma pesquisa de artigos, normas de orientação clínica na *Pubmed, The Cochrane Library, Index* - revistas médicas portuguesas online, publicados nos últimos 10 anos, em português e inglês, usando os termos: *elder abuse, elder violence*. Pesquisa de informação no site da Organização Mundial de Saúde e Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

Discussão/Conclusão: A literatura evidencia e compete aos Médi-



cos de Família, pelo contacto continuado com as famílias e idosos, uma intervenção preventiva, direcionando questões específicas com o intuito de identificar fatores de risco e sinais de alerta.

Deverão orientar terapêuticamente e tomar as providências adequadas para a proteção do idoso, alertando as autoridades policiais ou as instâncias sociais competentes.

A escassez de literatura torna premente a realização de estudos científicos que fundamentem e clarifiquem o algoritmo de intervenção do médico de família na avaliação e orientação do idoso, vítima de violência, promovendo uma melhoria dos cuidados prestados.

P 68

COBERTURA DA VACINA DA GRIPE AO NÍVEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NUMA POPULAÇÃO IDOSA

Marta Vidigal, Ana Viegas, Diana Ferreira, Lara Diogo
UCSP Mealhada, UCSP Celas

Introdução: A vacinação é a principal medida de prevenção contra o vírus influenza e as suas complicações, devendo ser administrada anualmente no período de Outono/Inverno de preferência até ao final do ano. A vacina é fortemente recomendada a grupos com maior risco de desenvolver complicações pós-infeção gripal, aos quais pertencem as pessoas com 65 ou mais anos.

Objetivos: Determinar a cobertura vacinal da gripe em indivíduos com 65 ou mais anos, pertencentes a duas Unidades de Cuidados de Saúde Primários (CSP) da região Centro, cuja administração da vacina foi realizada nos CSP na época de 2014/2015.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo dos utentes com 65 ou mais anos, de duas Unidades de CSP. Colheita de dados retrospectiva através dos programas Medicine One®, MIM@UF®, SINUS® e análise de dados em Microsoft Excel® 2010.

Resultados: Foram incluídos no estudo 8275 utentes, sendo 61% do sexo feminino. Identificaram-se 2781 utentes vacinados durante o período preferencial de vacinação (1 de Outubro a 31 de Dezembro), correspondendo a uma cobertura vacinal de 33,6%. Registou-se maior adesão no grupo etário dos 75 aos 79 anos de idade.

Discussão/Conclusões: A cobertura vacinal obtida é inferior a 60%, valor recomendado pela Direção Geral de Saúde. A baixa percepção de risco por parte dos utentes e a reduzida sensibilização dos profissionais de saúde para a promoção da vacinação poderão constituir dois pontos fundamentais a aperfeiçoar, sendo recomendável a adoção de novas estratégias com vista a otimizar os resultados globais em saúde.

P 69

QUEDAS: UMA REALIDADE EM CONTEXTO HOSPITALAR

Rita Palma, Ricardo Alexandre, Carla Cláudio
CHLN, Hospital Pulido Valente

As quedas têm vindo a ter um impacto crescente no que concerne à qualidade de cuidados dos profissionais de saúde relativamente à segurança do doente em contexto hospitalar. Para além das consequências individuais que delas resultam, o aumento do tempo de internamento e o aumento dos custos económicos são os factores envolvidos.

Desde 2004 que a *Join Comission Internacional* juntamente com a OMS, estabeleceu a prevenção do risco de queda como uma meta internacional de segurança do doente.

Desta forma, torna-se imperioso adoptar programas de prevenção e monitorização de quedas e lesões por quedas. A avaliação do risco

de quedas fornece uma medida de referência para orientar as intervenções e para permitir neutralizar os riscos identificados (Dykes et al., 2010). Apenas através de uma sistemática avaliação do risco queda é possível prever, intervir e minimizar o seu impacto no meio hospitalar. Apesar destas três acções serem resultantes de um trabalho multidisciplinar, esta é uma área que se prende particularmente aos cuidados de enfermagem e por isso um indicador da qualidade deste grupo profissional.

No ano de 2013 no serviço de medicina III C foram monitorizados todos os doentes admitidos (escala de Morse) e realizado registo das quedas ocorridas (folha interna). A partir da análise dos dados efectuados, foi possível planear um conjunto de intervenções de enfermagem de forma a dar resposta aos resultados e problemas detectados: elevado número de queda em doentes avaliados em alto risco de queda. No ano de 2014 verificou-se redução do número de quedas neste grupo de doentes.

P 70

(PSEUDO)DEMÊNCIA - QUAL O DIAGNÓSTICO?

Sara João Martins¹, Catarina T. Fernandes¹, Joana Relva²
¹USF Espinho, ²USF Canelas

Introdução: A suspeita de demência é motivo frequente de consulta nos cuidados de saúde primários. As pseudodemências representam alterações psicopatológicas que mimetizam esta patologia mas que decorrem de um transtorno funcional, na maioria das vezes, síndrome depressivo.

Neste contexto, é importante conhecer e valorizar a clínica que permite fazer o diagnóstico diferencial.

Objetivo: Apresentar uma atualização sobre diagnóstico diferencial clínico entre demência e síndrome depressivo.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica utilizando os termos *MeSH depression, dementia, diagnosis* em bases de dados de Medicina Baseada na Evidência, nos últimos 10 anos.

Resultados: Em ambas as patologias há um compromisso maioritário da memória recente.

No entanto, as queixas de alterações cognitivas como consequência de síndrome depressivo têm início abrupto, com progressão mais rápida da sintomatologia relativamente a uma demência. A postura e comportamento do doente com depressão contrasta com a indiferença e alienação do doente com demência. O primeiro será mais apelativo, exacerbando a gravidade das suas queixas.

Perante a aplicação de questionários de avaliação das funções cognitivas, o doente com depressão frequentemente dará respostas do tipo “não sei”, “não consigo”. Habitualmente, estarão ausentes sintomas corticais superiores.

Alguns estudos referem que doentes idosos com patologia depressiva têm risco aumentado para desenvolver uma demência. Outros revelam que doentes com demência podem manifestar sintomatologia depressiva.

Discussão/Conclusões: Depressão e demência podem apresentar-se de forma independente ou coexistir, o que levanta questões relacionadas com a possibilidade de uma fisiopatologia comum. O Médico de Família possui um papel crucial no correto diagnóstico, que dita atitudes terapêuticas distintas.

P 71

QUANDO A MENTE MASCARA O CORPO – RELATO DE UM CASO

Cristina Mesquita Neves, Catarina Miranda, Vanda Monteiro
USF do Mar, ACES Grande Porto IV

Introdução: As crenças dos doentes podem influenciar a forma como interpretam as doenças e os tratamentos, podendo dificultar, ou mesmo impedir, a prática clínica do médico. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) está associado a elevada morbi-mortalidade, particularmente nos idosos.

Descrição do caso: Doente de 75 anos, fase VIII do ciclo de Duvall, autónoma para as atividades de vida diária (AVD), com antecedentes de Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e perturbação depressiva com somatização. Em março de 2015, comparece à consulta de vigilância de DM, em cadeira de rodas, acompanhada pelo marido, segundo o qual havia perdido marcha autónoma há 4 dias devido a “bruxaria” e só melhoraria com “tratamentos divinos”. Duas semanas depois recorre à consulta aberta por hiperglicemia recente, apresentando-se com agravamento do estado de saúde habitual, mais lentificada, totalmente dependente de terceiros para as AVD’s e parcialmente desorientada no tempo e no espaço. O marido referia que seriam “espíritos no sangue da esposa”.

Dada a instalação sub-aguda do quadro clínico, foi referenciada ao serviço de urgência para despiste de etiologia orgânica/psiquiátrica. A investigação revelou AVC agudo/sub-agudo em território da artéria cerebral posterior direita. Permaneceu internada, tendo tido alta contra parecer médico, recusando reabilitação em unidade de convalescença. Atualmente apresenta melhoria do estado geral e encontra-se a realizar fisioterapia em ambulatório.

Discussão: Este caso ilustra um exemplo de como a sintomatologia psiquiátrica crónica, aliada a crenças espirituais bem vinculadas, pode mascarar uma patologia orgânica grave, alertando para a importância da semiologia na gestão da incerteza diagnóstica.

P 72

TRATAMENTO DO BRUXISMO NO IDOSO

Eduarda Cerdeira¹, João Guedes Pinto¹, Mafalda Gonçalves²

¹USF São João do Porto, Porto, ²USF Anta, Espinho

Introdução: O bruxismo pode acarretar grande desconforto para o doente idoso e para os cuidadores. Pode ser causa de cefaleias de tensão, dor orofacial, desgaste dentário, queda de implantes dentários, mordedura da língua e lesões da mucosa oral. É uma entidade pouco estudada e não há consenso em relação ao seu tratamento.

Objetivos: identificar os tratamentos com evidência científica de melhoria do bruxismo nos doentes com 65 ou mais anos e sistematizar a sua abordagem terapêutica.

Material e métodos: Revisão clássica de tema, após pesquisa em motores de busca (*PubMed*, *Cochrane Library*) com os termos *MeSH bruxism, aged, 80 and over*. Foram selecionados os artigos com referência ao tratamento.

Resultados: O bruxismo diurno (acordado) parece resultar da diminuição da transmissão dopaminérgica no córtex pré-frontal e pode surgir após acidente vascular cerebral ou nas doenças de Alzheimer, Parkinson e demência frontotemporal. Vários autores apontam resultados clínicos favoráveis associados ao uso de fármacos que interferem com a dopamina. O bruxismo noturno (durante o sono) é considerado uma parassónia, sendo o tratamento semelhante ao do adulto jovem. O uso de toxina botulínica é suportado por dois ensaios randomizados, enquanto que uma revisão sistemática aponta evidên-

cia insuficiente para tratamento farmacológico desta condição.

Discussão/Conclusões: O tipo de bruxismo e a sua etiologia parecem relevantes na escolha do tratamento. Apesar dos numerosos relatos de casos publicados, são necessários estudos de maior dimensão para suportar a prática de medicina baseada na evidência em idosos com este problema.

P 73

ASSOCIAÇÃO ENTRE O ÍNDICE DE MASSA CORPORAL E DEMÊNCIA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Judite Sousa, André Fernandes, Joana Bouça

USF AmareSaúde, ACeS Cávado II e USF Manuel Rocha Peixoto, ACeS Cávado I

Introdução: A demência é um problema de saúde pública com impacto significativo na qualidade de vida do idoso. Estudos demonstraram que alterações do Índice de Massa Corporal (IMC) poderão constituir um fator de risco para o declínio cognitivo nesta população.

Objetivo: Rever a evidência sobre a associação entre o IMC e o risco de demência.

Material e métodos: Pesquisa de artigos incluindo normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises (MA), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e estudos observacionais, publicados entre 2005 e 2015, com os termos *MeSH body mass index e dementia*. Fontes de dados: *Medline, National Guideline Clearinghouse, NHS Evidence, CMA infobase, Cochrane, BMJ clinical evidence e DARE*. Foi aplicada a escala SORT da American Family Physician para avaliação do nível de evidência e atribuição da força de recomendação.

Resultados: Obtiveram-se 216 artigos, 6 preencheram os critérios de inclusão: 2 MA e 4 ECAC. À exceção de um ECAC, os estudos foram consensuais quanto ao aumento do risco relativo (RR) de demência associado à obesidade na meia-idade, RR[1.64;1.91], sobretudo na doença de Alzheimer (DA), RR[1.98;2.04]. Numa MA é referido também o aumento do risco de demência em indivíduos com excesso de peso na meia idade, RR[1.07;1.26]. Relativamente ao IMC baixo na meia-idade, uma MA refere que este aumenta o risco de DA (RR=1.96).

Discussão/Conclusões: Alterações do IMC na meia-idade estão associadas a um risco aumentado de demência, particularmente a DA, sendo o risco maior para valores extremos de IMC (Força de Recomendação A).

P 74

QUEDA NO IDOSO – QUANDO SE SUBESTIMA O PROBLEMA

João Pedro Patrocínio, Boris Lorenzi

USF Albufeira

As quedas no idoso são causas frequentes de morbimortalidade, e as fraturas do fémur proximal são uma grave consequência, com uma mortalidade entre 20-30% no primeiro ano, além das potenciais perdas funcionais.

Uma senhora de 85 anos, seguida em consulta domiciliária devido aos seus problemas de mobilidade, independente nas suas atividades de vida diárias, muito ativa (cultivava uma pequena horta, apesar de alguma dificuldade), hipertensa e com gonartrose bilateral grau III/IV. Polimedicada com omeprazol 20mg, AAS 150mg, losartan 100mg, bisoprolol 5mg, meloxicam 15mg, lorazepam 1mg, zolpidem 10mg.

A 27/03/2014 apresentava TA 200/100 mmHg, que se atribuiu a an-



siedade provocada pela visita médica. A equipa de enfermagem continuou a vigiar a TA semanalmente até nova consulta a 15/05/2014 onde se associou hidroclorotiazida 12,5mg por esta se manter num grau III. A 29/05/2014 a TA continuava em grau III, verificando-se que tinha deixado de tomar bisoprolol por receio. Iniciou de novo bisoprolol, e a 07/07/2014 a sua TA média era de 153/85mmHg. A 10/09/2015 sofreu queda no domicílio com fratura pertrocantérica do fémur esquerdo, tendo sido submetida a cirurgia e programa de reabilitação física com recuperação satisfatória. A avaliação do risco de quedas deve ser sempre realizada em idade geriátrica, para possibilitar a sua prevenção. Este caso alerta ainda para a necessidade de uma maior sensibilização do médico para o problema, que muitas vezes é esquecido em detrimento de outros problemas médicos, que neste caso foi o controlo da HTA.

P 75

ELETROFORESE DE PROTEÍNAS SÉRICAS - INDICAÇÕES E ABORDAGEM NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Mafalda Gonçalves¹, Andreia Pinto², Eduarda Cerdeira³, Isabel Melo¹, Sara Miranda⁴

¹USF Anta, ²USF São Miguel, ³USF São João do Porto, ⁴USF Espinho

Introdução: Na prática clínica, particularmente nos Cuidados de Saúde Primários (CPS), a Eletroforese de Proteínas Séricas (EPS) é utilizada na avaliação inicial de diversas patologias, muito embora os resultados possam ser de difícil interpretação. Este exame tem especial importância no diagnóstico e monitorização das gamopatias monoclonais, assumindo um papel de destaque no idoso, atendendo à maior incidência destas patologias nesta faixa etária

Objetivos: Fornecer uma revisão sobre as indicações e interpretação da EPS nos CSP.

Métodos: Pesquisa de artigos publicados entre janeiro de 2000 e janeiro de 2015, utilizando os termos *MeSH: Blood Protein Electrophoresis, Paraproteinemias, MGUS* nas bases de dados – *PubMed, MedLine, Cochrane, Index Revistas Médicas Portuguesas, Uptodate* e outras publicações sobre o tema.

Resultados: Situações de inflamação aguda, trauma, necrose, isquemia, queimaduras e lesões químicas cursam com alterações policlonais inespecíficas da classe gama, não se justificando a realização de EPS no seu diagnóstico e monitorização. Tem indicação para EPS qualquer doente com proteínas totais aumentadas, especialmente se associadas a uma desproporção face ao nível de albumina, ou com evidências clínicas, laboratoriais ou radiológicas de distúrbio plasmocitário.

Discussão/Conclusão: A EPS tem um custo-benefício favorável e um papel fulcral na identificação de proteínas monoclonais, na sua maioria associadas a gamopatias monoclonais no doente idoso. Estas podem ter um carácter ou progressão malignos, sendo essencial que os CSP estejam sensibilizados para as situações que impliquem a prescrição da EPS e a sequência laboratorial necessária para a valorização destes achados.

P 76

DISFAGIA ASSOCIADA À NEOPLASIA DO ESÓFAGO

Margarete Costa, Joana Castanheira, Marta Fernandes
USF Fiães

Enquadramento: A disfagia é um problema frequente na população idosa, podendo influenciar negativamente a qualidade de vida, associando-se a situações clínicas de gravidade variável. O cancro

do esófago tem registado incidência crescente, mantendo altas taxas de mortalidade, principalmente devido ao desenvolvimento tardio de sintomas.

Descrição do caso: Mulher, 79 anos, analfabeta, viúva, reformada, parcialmente dependente. Reside sozinha, tendo como cuidador um vizinho.

Antecedentes pessoais: cardiopatia hipertensiva, DPOC, IRC. Antecedentes familiares desconhecidos. Em janeiro de 2015, a utente recorreu à consulta aberta por um quadro de disfagia para sólidos, com 6 meses de evolução, perda de peso e sensação de desconforto na região cervical. Objetivamente sem alterações relevantes. Realizou endoscopia digestiva alta, onde se evidenciou uma neoplasia ulcerada e estenosante, no terço superior do esófago, que foi biopsiada. O resultado do exame histológico foi compatível com carcinoma epidermóide invasor do esófago, tendo sido referenciada ao serviço de Oncologia, onde rapidamente teve consulta. O estadiamento não demonstrou metastização regional ou à distância. Não foi candidata a cirurgia ou quimioterapia devido às comorbilidades, tendo sido submetida a radioterapia paliativa, sem intercorrências. Agendou-se consulta domiciliária, para reavaliação clínica, mantendo alguma disfagia, tendo-se reforçado os ensinamentos.

Discussão: O diagnóstico precoce desta entidade é importante no prognóstico, não sendo fácil, pela inespecificidade e aparecimento tardio dos sintomas. O Médico de Família é, frequentemente, quem inicia a investigação, podendo encurtar o tempo até ao diagnóstico. A proximidade ao contexto do seu utente é uma mais valia no conhecimento das necessidades e acompanhamento subsequente aos tratamentos.

P 77

RIZARTROSE: ALGORITMO DE ABORDAGEM EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Sérgio Aleixo, Joana Gonçalves, Jorge Demar Santos, Carla Moreira, Rui Oliveira, Anne-Marie Ferreira
USF Viseu-Cidade, USF Infante D. Henrique, USF Terras de Azurara

Pertinência: A especialização da mão, definida pela oponência do polegar, constitui uma das características mais diferenciadas do Homem. Sendo a artrose trapeziometacarpiana (rizartrose) a causa mais frequente de incapacidade funcional do polegar, é fácil de compreender o impacto que condiciona quer na execução das actividades de vida diárias, assim como nas tarefas laborais.

Objectivo: Elaborar uma revisão baseada na evidência, que permita construir um algoritmo de orientação clínica, aplicável aos doentes com diagnóstico de rizartrose, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Metodologia: Revisão clássica da literatura, através da pesquisa bibliográfica em diversas bases de dados, de artigos escritos na língua inglesa, portuguesa ou espanhola e publicados até 28 de Fevereiro de 2015, utilizando os termos *MeSH rhizarthrosis, trapeziometacarpal arthritis, thumb carpometacarpal arthritis, basilar joint arthritis, medical treatment e surgical treatment*.

Resultados: As características anatomofisiológicas da articulação trapeziometacarpiana (TMC) tornam-na particularmente susceptível a alterações degenerativas multifactoriais. Por essa razão, a prevalência da rizartrose aumenta com a idade e afecta particularmente o sexo feminino, sobretudo na pós-menopausa. O diagnóstico presuntivo de rizartrose, baseia-se em sintomas de dor na base do polegar, com ou sem irradiação para a região tenar, edema, instabilidade e deformação articular. Ao exame físico, a observação de uma proeminência na

região dorsoradial, a palpação dolorosa da articulação TMC e os testes provocatórios positivos, são altamente sugestivos e mandatórios de confirmação radiográfica. O sistema de Eaton e Glickel, de 1987, classifica a doença em quatro estádios radiográficos, o que permite orientar a conduta terapêutica, apesar de não estabelecer uma correlação directa com a clínica. Nos CSP, o tratamento conservador, com repouso, imobilização, anti-inflamatórios, fisioterapia, infiltração com corticóides, representa sempre a primeira linha de tratamento, durante um período mínimo de 3 meses. Os casos refractários, com limitação nas actividades de vida diárias, independentemente do estadiamento da doença, devem ser referenciados a consulta hospitalar de Ortopedia, para avaliação de indicação cirúrgica.

Conclusão: As limitações funcionais e laborais, por vezes negligenciadas, dos doentes com rizartrorse, justificam a existência de um algoritmo de abordagem a esta patologia nos CSP. Este algoritmo deve ter em consideração o estádio da doença e as características do doente (idade, sexo, grau de actividade), permitindo ajustar a terapêutica às necessidades individuais.

Palavras-chave: rizartrorse; algoritmo; Cuidados de Saúde Primários

P 78

"OUÇO UM SOPRO NO SEU CORAÇÃO..."

Céline Rodrigues, Patrícia Morais, Ana Portela
USF Condestável, Centro de Saúde da Batalha

Introdução: A esclerose da válvula aórtica encontra-se presente em, pelo menos, 30% da população idosa, com aumento da sua prevalência a partir dos 65 anos. É considerada a valvulopatia mais frequente no idoso e os fatores de risco associados à progressão da esclerose valvular são a válvula aórtica bicúspide, HTA, dislipidemia, tabagismo, insuficiência renal, diabetes e sexo masculino.

Relato de caso: Mulher de 80 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, síndrome depressivo e insuficiência cardíaca classe III NYHA. Recorreu a consulta com o médico de família referindo cansaço, fadiga e precordialgia para pequenos esforços. Negava lipotímia ou síncope. Ao exame físico destacava-se um sopro sistólico III/VI, de ejeção, rude e de irradiação carotídea. Foi solicitado ecocardiograma que revelou "espessamento concêntrico do ventrículo esquerdo (VE)... função sistólica global preservada... válvula aórtica (Va) com folhetos espessados e calcificados, abertura reduzida e a condicionar estenose aórtica aparentemente grave (gradiente médio de 41mmHg) e insuficiência aórtica ligeira a moderada". Do ecocardiograma anterior (2 anos antes), salientava-se "estenose ligeira da válvula aórtica". Último eletrocardiograma 6 meses antes, normal. Foi pedida consulta de cardiologia e realizado cateterismo eletivo que revelou ausência de estenoses angiograficamente significativas nas coronárias e carotídeas, estabelecendo-se uma etiologia reumática.

Conclusão: o papel do exame físico tem vindo a modificar-se ao longo dos anos, especialmente após a entrada dos exames complementares na prática quotidiana. As autoras frisam o peso do exame cardiovascular, que, realizado com perícia e sensibilidade, poderá conduzir ao diagnóstico correto e atempado.

P 79

DEMÊNCIA ASSOCIADA A DÉFICE DE VITAMINA B12

– RELATO DE CASO

Maria Inês Ruela, Dário Perdigo, Mário Ferreira, Paulo Pancrácio
UCSP Lagos, UCSP Lagos, UCSP Portimão, Mexilhoeira; UCSP Portimão

Enquadramento: A demência por défice de vitamina B12 representa cerca de 1% das causas de demência, sendo frequentemente sub-diagnosticada. Este défice, de origem multifactorial, apresenta, na população idosa, uma prevalência de 5-25%.

Descrição do caso clínico: Doente do sexo masculino, 69 anos, caucasiano, reformado, autónomo. Antecedentes de hipertensão arterial controlada, hipertrigliceridemia não tratada, nefrectomia direita por tuberculose renal, osteoartrrose e tremor essencial. Sem hábitos etílicos, tabágicos ou toxicómanos.

Foi conduzido à nossa consulta, pela primeira vez, a 09/01/2015, por quadro súbito de desorientação temporal, com falhas de memória, comportamentos inadequados, alucinações visuais, ideias delirantes e sintomas depressivos (apatia, anedonia, pensamentos negativos, descuido com a higiene pessoal e agitação nocturna). Apresentava marcha atáxia e desequilíbrio.

Dos parâmetros analíticos avaliados, destacavam-se os seguintes – VGM 103,4; HGM 39,6; CHGM 38,3; creatinina 1,38; TSH 0,162; ácido úrico 8,7; vitamina B12 78,9; ácido fólico 2,81. TAC crânio: "Sinais de leuco-encefalopatia micro-angiopática crónica."

Iniciou, de imediato, suplementação com vitamina B12 e ácido fólico. Regressa após 6 dias de tratamento, com melhoria significativa dos sintomas e amnésia total das consultas anteriores.

Referenciou-se para consulta de neurologia, onde foi aconselhada a manutenção da suplementação a longo prazo e estudo da etiologia do défice vitamínico.

Discussão: O défice de vitamina B12, em particular nos idosos, é frequentemente desvalorizado. Estudos demonstram que a capacidade cognitiva pode ser melhorada e o risco de atrofia cerebral diminuído pela suplementação com vitamina B12. Este caso pretende alertar para a detecção precoce e correcta abordagem da demência associada ao défice de vitamina B12.

P 80

PREVALÊNCIA DE TERAPÊUTICA ANTITROMBÓTICA NOS DOENTES COM FIBRILHAÇÃO AURICULAR NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

António Marques Teixeira, Filipa Godinho, Carla Silva
Unidade de Saúde Familiar de Santo António da Charneca, ACES Arco Ribeirinho

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia mais comum na prática clínica, com uma prevalência crescente a par com o envelhecimento da população, sendo um importante factor de risco para eventos tromboembólicos. De forma a avaliar a pertinência da terapêutica anticoagulante nestes doentes pode utilizar-se o teste CHA2DS2-VASc.

Objectivo: Melhorar a taxa da terapêutica antitrombótica nos doentes com FA.

Métodos: Neste estudo, usou-se como base o programa de acompanhamento interno (PAI) de 2014 da nossa Unidade de Saúde Familiar, que avaliou a prevalência de utentes com FA anticoagulados e/ou antiagregados no ano de 2014. Visando um acréscimo de qualidade efectuou-se reforço educacional da equipa, com reavaliação dos re-



sultados após 4 meses.

Resultados: Em 2014, obteve-se uma taxa de adequação de terapêutica antitrombótica de 71.2%, com uma melhoria de 2% na segunda avaliação, devido ao acréscimo de doentes submetidos a anticoagulação oral.

Conclusão: Na primeira avaliação, os números encontrados evidenciavam elevada qualidade nas opções terapêuticas quando comparados com outros dados nacionais e internacionais. Assim, mesmo com uma margem de acção pouco ampla, foi possível melhorar estes valores num curto período de tempo, o que perspectiva um aumento de qualidade caso sejam implementadas mais medidas que visem a formação dos profissionais de saúde envolvidos.

P 81

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE APOIO À AVALIAÇÃO DO IDOSO

Inês Videira¹, Débora de Paiva Monteiro², Helena Cruz³, Maria João Balsa¹, Sara Gomes⁴, António Mendes⁵

¹IFE-MGF da USF Saúde em Família (ACES Maia/Valongo), ²IFE-MGF da USF Pirâmides, ACES Maia/Valongo; ³IFE-MGF da USF Santa Clara, Póvoa do Varzim/Vila do Conde; ⁴IFE-MGF da USF Alfena, ACES Maia/Valongo; ⁵Aluno de Mestrado em Sistemas de Informação e Multimédia na Universidade Fernando Pessoa e Técnico de Investigação e Desenvolvimento na PR-Informática, Valongo

Introdução: Com o envelhecimento da população portuguesa, assiste-se a uma maior procura de cuidados de saúde por parte dos idosos. Em 2004, o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas reconheceu que “não se faz um rastreio suficiente dos fatores de fragilidade nos idosos” e que “os cuidados de saúde não estão organizados de forma a darem a melhor resposta a uma população cada vez mais envelhecida.” Sendo os idosos um grupo vulnerável a situações de fragilidade e incapacidade, seria pertinente existir um programa de saúde específico, auxiliado por um sistema de informação, de forma a avaliar as grandes síndromes geriátricas e as necessidades específicas do idoso.

Objetivo: Desenvolver um sistema de informação para a avaliação e acompanhamento do idoso.

Métodos: Encontra-se em desenvolvimento um programa informático que organiza e disponibiliza ferramentas para uma avaliação global do idoso de acordo com a opinião de profissionais. Este programa visa corrigir as limitações do sistema de informação atual e pretende ser um sistema útil às necessidades desta população. O projeto será apresentado à Comissão de Ética da ARS Norte, Conselhos Clínicos dos ACES e equipa das USFs, no sentido de se poder implementar experimentalmente o programa informático nas USFs.

Resultados: Logotipo e *layout* do sistema de informação.

Conclusão: A criação de um sistema de informação auxilia a avaliação e seguimento do idoso, principalmente no sentido da implementação de medidas preventivas que, em última instância, resultam em ganhos de saúde.

Palavras-chave: Idoso, sistema de informação, informática

P 82

VACINA PNEUMOCÓCIA CONJUGADA 13-VALENTE NA PREVENÇÃO DA PNEUMONIA PNEUMOCÓCICA NO IDOSO

Ana Luisa Martins, João Ferreira, Nuno Magalhães, Beatriz Leite da Cunha

USF São Domingos, USF São Vicente

Introdução: As infecções respiratórias são uma causa importante de

morbilidade, mortalidade e consumo de recursos de saúde. Perante esta realidade, é consensual a necessidade da implementação de medidas preventivas das infecções respiratórias, nomeadamente nos idosos.

Objetivos: Avaliar a evidência da efectividade da administração da vacina pneumocócica 13-valente em idosos.

Métodos de revisão: Pesquisa de normas de orientação clínica, metanálises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos entre Janeiro de 2013 e Maio de 2015, nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, nas bases de dados: Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, *American Academy of Family Physicians*, *Infectious Diseases Society of America*, *Public Health Agency of Canada*, Revista Portuguesa de Pneumologia, *PubMed* e algumas referências cruzadas. Foram utilizados os termos *MeSH 13-valent pneumococcal vaccine* e *aged*. Para a avaliação dos estudos e atribuição das forças de recomendação foi utilizada a escala de *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 21 artigos, dos quais 9 cumpriam os critérios de inclusão: 5 normas de orientação clínica, 3 revisões sistemáticas e 1 metanálise. Não foi possível determinar a efectividade da vacina pneumocócica 13-valente na diminuição do número de casos de pneumonia pneumocócica e da mortalidade em idosos.

Conclusões: Perante a falta de evidência disponível sobre a efectividade da vacina pneumocócica 13-valente em idosos, aguardam-se estudos adequados de forma a obter conclusões sobre esta.

P 83

SARCOPENIA: PARA QUANDO UM CONSENSO?

Mariana Amaral, João Vasco, Daniela Garcez, Pedro Barreira
Interna de Formação Específica de Medicina Geral e Familiar, USF Covelo | ACES Grande Porto VI, Interno de Formação Específica de Oncologia Médica, Centro Hospitalar Lisboa Central, Interna do Ano Comum, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Interno do Ano Comum, Hospital Distrital de Santarém

Introdução: O termo sarcopenia foi introduzido em 1989 e deriva do grego *sarx* (carne) e *penia* (perda), para descrever a diminuição da massa muscular relacionada com a idade. É um síndrome geriátrico, mas pode estar associada a síndrome de imobilismo, malnutrição e caquexia em idade mais precoce. Não existem ainda definição clínica, critérios de diagnóstico ou guidelines de tratamento consensuais mundialmente.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo apresentar diferentes definições de sarcopenia e dos seus métodos de avaliação.

Metodologia: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas da *PubMed*, com restrição a artigos publicados entre 2003 e 2015. Palavras-chave: sarcopenia e sarcopenia definition.

Resultados: A definição primordial de sarcopenia baseou-se na depleção de massa muscular. Atualmente reconhece-se a importância da função muscular, que pode ser avaliada pela força muscular e/ou performance física, sendo estes critérios essenciais no diagnóstico de sarcopenia. Não existe consenso em relação aos métodos mais adequados de avaliação destes parâmetros. Um exemplo é a avaliação de massa muscular, que pode ser realizada por DEXA, análise de bioimpedância ou recurso a Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética Nuclear.

Discussão: É importante o reconhecimento da sarcopenia como síndrome geriátrico, pelo seu efeito na qualidade de vida, co-morbilidades e sobrevida. A discrepância entre guidelines no diagnóstico justifica taxas de prevalência de sarcopenia que variam entre 5 e



45% na população idosa. O estabelecimento dos métodos gold-standard na avaliação da massa, força e performance muscular e seus valores de referência permitirão o diagnóstico precoce e ação atempada do médico.

P 84

DEMÊNCIA E SUICÍDIO: RELAÇÃO CAUSAL OU CASUAL?

– UMA REVISÃO

¹Ana Coelho Rodrigues, ²Bruno Castro

¹USF Horizonte, ²Centro Hospitalar de São João

Introdução: As demências constituem-se como um grupo de doenças crônicas, incuráveis, com disfunção cognitiva e dependência progressivas. O suicídio é particularmente prevalente na população idosa, desconhecendo-se o contributo da demência na sua epidemiologia.

Objetivos: Relacionar o diagnóstico de demência com suicídio nos idosos, caracterizando a população em risco e identificando os fatores envolvidos; avaliar as repercussões da doença nos cuidadores.

Métodos: Pesquisa de artigos publicados nos últimos 5 anos, nas línguas portuguesa/inglesa/francesa/espanhola, através da *PubMed*, usando os termos *MeSH*: suicide, dementia.

Resultados: Estudos demonstraram que o risco de suicídio é particularmente elevado aquando do diagnóstico de demência, diminuindo com a progressão da doença. Os idosos empregam frequentemente métodos letais, sem manifestação prévia das intenções. Os fatores de risco descritos incluem raça caucasiana, género masculino, idade superior a 85 anos, viuvez masculina, comorbilidade psiquiátrica prévia (particularmente, depressão e internamentos), consumo de psicotrópicos e maior habilitação literária. O contributo dos diferentes tipos de demência na prevalência de suicídio é ainda controverso, embora esteja descrito um risco maior naqueles em que ocorre abolição dos impulsos inibitórios.

Como resultado das alterações cognitivas e comportamentais, o cuidado de um idoso com demência representa uma sobrecarga significativa. Estão descritas taxas mais elevadas de depressão, ansiedade e desesperança nos cuidadores, fatores propícios a comportamentos suicidários, desconhecendo-se, contudo, dados epidemiológicos concretos.

Discussão: A intervenção dirigida à depressão e disfunção cognitiva assume-se como fundamental na abordagem do risco de suicídio em idosos com demência, sendo premente o rastreio precoce em Cuidados de Saúde Primários e o suporte aos cuidadores.

P 85

EFEITOS DA AMIODARONA NUM IDOSO POLIMEDICADO

Joana Dutra, Mariana Cerejo

USF Arruda, ACES Estuário do Tejo

Introdução: A amiodarona é um medicamento antiarrítmico, rico em iodo inorgânico, associado a efeitos secundários graves em vários órgãos, incluindo a tireóide, causando disfunção tiroideia (hiper/hipotireoidismo) em 14 a 18% dos casos. Quando esta disfunção ocorre num doente idoso, com várias comorbilidades e polimedicado, a decisão terapêutica de suspender/não suspender torna-se ainda mais complexa.

Relato do caso: C.B., 78 anos, antecedentes de Hipertensão Arterial, Fibrilhação Auricular, Acidente Vascular Cerebral e portador de pace-maker. Polimedicado, tomando amiodarona há vários anos. Em 2014 foi diagnosticado hipertireoidismo tendo sido medicado com pro-

piltiouracilo, não suspendendo a amiodarona pelos riscos cardíacos. Em Março deste ano foi diagnosticado hipotireoidismo num controlo analítico, tendo sido suspensos propiltiouracilo e amiodarona, iniciando levotiroxina e carvedilol.

Conclusão: O tratamento da disfunção tiroideia induzida pela amiodarona, é difícil e prolongado, necessitando vigilância estrita, dada a labilidade do quadro e a elevada semivida do fármaco, que continuará o seu efeito durante semanas/meses. Considera-se mais sensato suspender, se a patologia cardíaca o permitir. No entanto, a abordagem terá de ser global, atendendo às comorbilidades associadas e riscos inerentes, características biológicas, psicológicas, sociais, económicas e familiares, desempenhando o Médico de Família um papel fulcral na gestão de todas estas condicionantes.

P 86

“ERA SÓ UMA MANCHINHA”

Ângelo Costa; Ana Sotero, João Larguito, Valério Rodrigues

USF Al-Gharb, USF Alfa Beja, Serviço de Dermatologia do Centro Hospitalar do Algarve, Polo Faro USF Al-Gharb

Enquadramento: O carcinoma espinocelular (CEC) é o segundo tipo mais comum de tumor maligno da pele, com uma prevalência de 20-25% da população, mais predominantes no sexo masculino a partir dos 60-70 anos. Surge em áreas de pele sadia ou comprometida com cicatrizes de queimaduras antigas, feridas crónicas ou lesões e traduz-se por pápulas pequenas verrugosa, duras, indolores, com crescimento rápido e ulceração.

Descrição do caso: Homem de 75 anos, caucasiano, casado, natural e residente em Faro, reformado, com antecedentes de múltiplas Queratoses Actínicas, HTA e Dislipidémia. Em 26/09/2014 recorre ao seu MF por mancha escura e um nódulo de 0,3 x 0,3 cm no terço médio distal da face lateral da perna direita associado a prurido. Foi medicado com Betametasona e Ácido Fusídico e aconselhado a vigiar sinais inflamatórios. A 06/11/2014 regressa por persistência da sintomatologia associada a episódios febris e a drenagem de um conteúdo sero-mucoso. O EO apresenta no terço médio da face medial da perna direita apresenta lesão ulcero-vegetante de consistência duro-elástica, com 1,5cm x 1,5cm de diâmetro, indolor à palpação, associado a drenagem de líquido sanguinolento. É referenciado ao SU com indicação para ser observado por Dermatologia. Fez excisão e o estudo histológico confirmou o CEC.

Discussão: O CEC é uma patologia frequente nos idosos, em parte, devido ao efeito acumulativo da exposição solar. Os MF devem ter presente esta realidade, pelo que devem fomentar a fotoproteção, bem como uma história clínica completa de modo a identificar lesões malignas e pré-malignas.

P 87

DISFUNÇÃO ERÉCTIL – A IMPORTÂNCIA DE QUEBRAR TABUS

Ângelo Costa; Ricardo Graça; Óscar de Barros; Luís Azeredo Paixão
USF Al-Gharb, UCSP Olhão, UCSP Celas, UCSP Fernão de Magalhães

Introdução: A Disfunção Eréctil (DE) é a incapacidade persistente, com mais de 3 meses para obter ou manter uma erecção peniana que permita uma relação sexual satisfatória. Tem uma prevalência de 15-25% em homens adultos.

Objetivos: Sensibilizar o diagnóstico precoce de disfunção eréctil mediante história clínica, exame físico, e intervenção terapêutica.

Metodologia: Pesquisa de revisões sistemáticas e artigos originais nas bases de dados *PubMed*, *Uptodate*, publicados entre 2008-



2014, nas línguas Portuguesa e Inglesa, utilizando os termos *Mesh Sexual Dysfunction, Erection, Male Sexual Problems*.

Resultados: Na DE 80% são de etiologia orgânica e 10-20% de etiologia psicogénica. A abordagem inicial foca-se num interrogatório detalhado precisando a idade, características de iniciação sexual, actividade masturbatória, preferência sexual, relacionamentos sexuais, desejo sexual, frequência de actividade antes/depois da DE, data das queixas, orgasmos, erecções nocturnas e matinais, ejaculações, ansiedade, eventuais tratamentos anteriores e opinião do doente sobre aspectos pessoais e sexuais da companheira, acompanhado de um exame físico. Diversos exames específicos podem ser realizados para caracterizar o grau de disfunção sexual e sua etiologia. No tratamento é preferível atitudes preventivas, terapêutica oral, hormonal de substituição e dispositivos de vácuo. Atitudes mais invasivas reservam-se para situações refractárias ou mais graves.

Discussão: A DE pode surgir em qualquer idade e em muitos dos casos tem uma causa física. A história clínica é crucial para o desenvolvimento de uma terapêutica com responsabilidade repartida e sempre que possível envolver a(o) parceira(o). Os avanços na terapêutica oral ampliaram extraordinariamente soluções para os homens que procuram tratamento.

P 88

TERAPÊUTICA COM ESTATINAS NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EM DOENTES IDOSOS – DÚVIDA NÃO ESCLARECIDA

Alice Magalhães, Nuno Nunes, Fátima Rabaçal, Maria M. Marques
USF Terras de Cira, ACES Estuário do Tejo

Introdução: A incidência de eventos cardiovasculares aumenta com a idade, sendo o colesterol total e as LDL fortes preditores de risco e mortalidade. As estatinas são fármacos de primeira linha no tratamento da dislipidémia, mas o seu uso não é isento de riscos. A sua utilidade na prevenção primária, em indivíduos idosos tem sido questionada.

Objetivos: Determinar se existe evidência que suporte a prescrição de estatinas em idosos, no contexto de prevenção primária.

Material e métodos: Revisão de literatura sobre terapêutica com estatinas na população idosa.

Palavras chave: *Statins; Elderly; Primary Prevention; Benefits*.

Filtros utilizados: Revisões Sistemáticas; Meta-análises, Estudos Controlados e Aleatorizados (RCTs), publicados entre 2008 e 2015.

Resultados: O uso de estatinas no tratamento farmacológico da dislipidémia, enquanto prevenção primária, está bem definido nos doentes não idosos, com clara diminuição do número de eventos cardiovasculares e da mortalidade global. A maioria dos estudos tem limitações no que respeita à faixa etária acima dos 75 anos. Apesar de alguns estudos revelarem uma diminuição do número de eventos cardiovasculares, não se demonstrou que as estatinas diminuíssem a mortalidade global nessa faixa etária, onde questões como a polimeidação e a toxicidade medicamentosa são mais frequentes.

Discussão/Conclusão: As recomendações atuais indicam o uso de estatinas acima dos 75 anos em doentes com doença cardiovascular estabelecida. Já em contexto de prevenção primária, nessa faixa etária, reconhecem a inexistência de evidência que suporte essa abordagem. Ainda assim, parece haver lugar para o uso de estatinas no idoso, segundo prescrições adequadas ao risco cardiovascular individual.

P 89

À SOMBRA DO LEUCÓCITO

João Costa, Cláudia Pires, Cristina Duarte Silva, Diogo Geadas, Hugo Gaspar, Joana Sousa, Patrícia Pina.

USF Magnólia e USF Ars Medica

Enquadramento: A leucemia linfocítica crónica (LLC) é a leucemia mais comum nos países ocidentais, consistindo numa acumulação progressiva de linfócitos B funcionalmente incompetentes. A idade média de diagnóstico é 70 anos. Pode manifestar-se com cansaço, infeções recorrentes e linfadenopatias, mas é geralmente assintomática e frequentemente apenas detetada por alterações no hemograma e no esfregaço de sangue periférico, nomeadamente linfocitose absoluta, linfócitos pequenos com núcleos densos, ou sombras de Gumprecht. A referenciação para hematologia é necessária para confirmação diagnóstica, estadiamento, seguimento e eventual tratamento. A sobrevida média é de 10 anos, variando com características clínicas e laboratoriais.

Descrição do caso: Mulher, 80 anos, caucasiana, reformada, com história de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, obesidade mórbida, osteoartrose, status pós neoplasia do endométrio, incontinência urinária de esforço, e infeções recorrentes (pneumonia, colite viral e cistite). Recorreu à consulta do médico de família (MF) por queixas de prurido e ardor genitais, compatíveis com herpes genital. Referia também cansaço persistente, atribuído a etiologia multifatorial. O hemograma de rotina apresentava leucocitose, linfocitose absoluta e sombras de Gumprecht. Constatou-se ainda que mantinha desde há 4 anos leucocitose ligeira e inversão da fórmula leucocitária. Foi referenciada à consulta de hematologia do hospital de referência, onde foi diagnosticada LLC, mantendo seguimento.

Conclusão: A LLC é mais frequente em idosos, e alterações subtis nas análises de rotina como linfocitose podem ser a primeira manifestação. O MF, ao prestar cuidados em continuidade e proximidade, encontra-se numa posição privilegiada para detetar precocemente alterações sugestivas desta doença potencialmente grave.

P 90

UM CASO DE ANEMIA

Joana Batista Correia, Cátia Cabral, Tânia Batista, Joana Capelo, Paulo Monteiro, Paula Rocha, António Monteiro.

Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE

Introdução: A prevalência da anemia aumenta com a idade, devendo ser sempre considerada sinal de doença. Mesmo após estudo exaustivo, a sua causa pode permanecer obscura. A história clínica e um estudo complementar selecionado são fundamentais em etiologias mais raras de anemia.

Caso clínico: Homem de 84 anos, autónomo, com HTA, dislipidemia, AIT, macroprolactinoma, hipotireoidismo secundário tratado, estenose carotídea bilateral severa. Observado por astenia, anorexia e perda ponderal com 2 meses de evolução. Sem perdas hemáticas ou alterações do trânsito intestinal. Sem noção de febre, cefaleia, claudicação mandibular, alterações visuais, nem dor ou impotência das cinturas escapular e pélvica. Apresentava mau estado geral e palidez. Trazia análises com anemia. Em internamento fez análises com anemia inflamatória (Hb 8.2g/dL), VS 98mm/1^h, ferro 12µg/dL, ferritina 986ng/mL. Apresentou febre vespertina. Excluída infeção subjacente e doença medular. Considerada hipótese de arterite de células gigantes (ACG). Fez doppler das artérias temporais (AT) compatível com ACG. Iniciou prednisolona 60mg/dia. Fez biópsia AT já sob tratamen-



to, sem alterações diagnósticas. Doente melhorou, com apirexia e ganho ponderal. Análises às 2 semanas: Hb 10.9g/dL, VS 33mm/1th. Confirmou-se portanto ACG, por critérios diagnósticos (idade, fluxo anormal AT, VS>50mm/1th) e excelente resposta a terapêutica.

Discussão: Anemia e queixas gerais podem ser as únicas manifestações de ACG. Um elevado grau de presunção é fundamental para o diagnóstico atempado nas apresentações menos habituais desta patologia. O doppler das AT e a VS são uma ajuda preciosa no diagnóstico. A biópsia é gold standard, mas não deve atrasar o tratamento, pois a terapêutica precoce pode evitar complicações graves.

P 91

PNEUMONIA BILATERAL OU TALVEZ NÃO

Joana Batista Correia, Luis Abreu, Cátia Cabral, Ana Nunes, Joana Capelo, Marta Mós, António Monteiro.
Centro Hospitalar Tondela, Viseu, EPE

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem. Pode ter uma natureza silenciosa e ser tardiamente diagnosticado, pelo que é importante estar alerta aos vários sinais úteis para o seu diagnóstico.

Caso clínico: Homem de 86 anos com antecedentes de HTA, FA e AVC com sequelas. Avaliado em SU por tosse com expetoração mucosa, sem outras queixas, nomeadamente sem dor. Ao exame objetivo emagrecido, apirético, auscultação pulmonar com roncos e ferveores na metade inferior de ambos hemitóracos. Em análises tinha aumento dos parâmetros de inflamação, anemia, FA aumentada, D-dímeros. RX-tórax com infiltrado difuso bilateral. Fez TC-tórax sem TEP e infiltrado de localização preferencial peri-hilar, nódulos centrolobulares e derrame pleural bilateral. Internado sob antibioterapia empírica para pneumonia, pretendendo-se realizar estudo de exclusão de tuberculose ou envolvimento pulmonar de neoplasia. Estudo complementar excluiu TP. Fez doseamento de PSA 429.41 ng/mL; observação urológica favorável a tumor maligno da próstata. Fez estadiamento de doença com cintigrama ósseo que demonstrou metastização óssea difusa. O doente teve melhoria clínica, sem significativa melhoria radiológica, admitindo-se então que os achados pulmonares se tratassem possivelmente de lesões secundárias. Foi orientado para tratamento médico da neoplasia, tendo vindo a falecer alguns meses mais tarde.

Discussão: A metastização óssea é a metastização mais frequente no cancro prostático, frequentemente decorrendo com dor. O envolvimento pulmonar é mais raro, apresentando tipicamente múltiplas opacidades reticulonodulares pulmonares bilaterais e derrame pleural. No presente caso, o envolvimento pulmonar permitiu a suspeição e o diagnóstico, embora em fase evoluída da doença.

P 92

PADRÃO DE PRESCRIÇÃO ANTIDIABÉTICOS ORAIS NO IDOSO NA USF ALMA MATER

Ludmila Martins, António Mesquita
USF Alma Mater, ACES Amadora

Introdução: A DM tipo 2 encontra-se atualmente, em larga expansão mundial. Em Portugal a sua prevalência é de 13% e é causa de elevada morbidade e de mortalidade prematura.

Mais de um quarto das pessoas entre os 60-79 anos tem Diabetes.

Objetivos: Descrever o perfil de prescrição de antidiabéticos orais (ADO) na DM tipo 2 na USF Alma Mater nos utentes acima dos 65 anos.

Material e métodos: Foi realizado estudo retrospectivo transversal em todos os utentes inscritos na USF AM a 31/12/2014 com o diagnóstico de DM tipo 2.

As variáveis estudadas foram: Idade, sexo, IMC, último valor de HbA1C, número e tipo de fármacos prescritos.

Foram excluídos os que não apresentavam registo de HbA1C no ano de 2014, os que tinham menos de 65 anos de idade e os que não eram vigiados na USF.

Resultados: Dos utentes acima de 65 anos com diagnóstico de DM2, são vigiados na USF Alma Mater 81% (260 em 321). A idade média encontrada foi de 74,3 anos. A maioria tem excesso de peso 49,6% e obesidade 33,5%.

Maioria dos doentes (56%) são medicados em monoterapia. O fármaco mais prescrito foi a metformina (77%), seguido pela sulfonilureia (9,5%).

Conclusão: No perfil de prescrição da USF Alma Mater é notória a utilização de metformina como fármaco de eleição, em monoterapia e em combinação de fármacos, por isso é de assumir a adequação da prescrição à norma DGS.

P 93

O PAPEL DA VACINA DO HERPES ZOSTER NA NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Ana Pinheiro Torres¹, Ana Luís Pereira¹, Ana Teresa Abreu²

¹USF Salvador Machado, ACES Entre Douro e Vouga II, ²UCSP Cucujães, ACES Entre Douro e Vouga II

Introdução: A neuralgia pós-herpética (NPH) é a complicação mais frequente do Herpes Zoster. A sua frequência e gravidade aumentam a partir da 5^a década de vida, com grande impacto na qualidade de vida. A vacina do Herpes Zoster tem atraído grande interesse pela diminuição da incidência e severidade da NPH, parecendo ser segura.

Objetivo: Avaliar a eficácia da vacina do Herpes Zoster na prevenção de NPH, em adultos com idade igual ou superior a 50 anos.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica realizada a 31 de outubro de 2014, utilizando os termos *MeSH* Herpes Zoster Vaccine e Neuralgia, Postherpetic. Pesquisaram-se meta-análises, revisões sistemáticas (RS), ensaios clínicos aleatorizados e controlados (ECAC) e normas de orientação clínica nas bases de dados de medicina baseada na evidência, publicadas nos últimos 10 anos em inglês e português. Para avaliação dos artigos foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 152 artigos dos quais 28 preencheram os critérios de inclusão, 4 ECAC, 3 RS e 21 artigos de revisão. Todos os estudos apresentados referem que a vacina reduz significativamente a incidência de NPH, 65.7% entre os 60-69 anos e 66.8% com idade ≥70 anos. Contudo a eficácia da vacina só foi demonstrada até 5 anos após a sua administração.

Conclusões: A evidência actual disponível indica que o benefício da vacina do herpes zoster na NPH é significativo na diminuição da sua incidência (SORT A).

P 94

O QUE COMER PARA NÃO ESQUECER

Diana Neto, Joana Nóbrega
USF Venda Nova, USF das Conchas

Introdução: A Doença de Alzheimer (DA) afecta aproximadamente 90.000 portugueses. A terapêutica existente é limitada, tornando-se prioritária a prevenção para reduzir a incidência e atrasar a progres-



são da doença. Alguns estudos sugerem que intervir nos estilos de vida, principalmente na dieta, pode interferir na evolução da doença, considerando-se um factor protector.

Objetivos: Rever a evidência sobre o papel da dieta na prevenção da DA.

Material e métodos: Pesquisa de revisões sistemáticas (RS), estudos coorte (EC) e guidelines nas bases de dados *UpToDate*, *CochraneLibrary*, *PubMed*, *DynaMed*, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos *MeSH*: *diet*, *prevention-of-Alzheimer's-disease*, publicados nos últimos 10 anos.

Resultados: Obtiveram-se 43 artigos, tendo-se seleccionado 9 através de critérios de inclusão e exclusão pré-definidos.

A guideline seleccionada recomenda a evicção de gorduras saturadas e trans, centrando a dieta em vegetais e fruta, adicionando vitamina E e B, e evitando o excesso de ferro e cobre nos multivitamínicos. As RS resumiram que a adesão à dieta mediterrânica pode reduzir o risco para DA e síndromes pré-demenciais. Os EC concluíram que uma maior ingestão de folatos pode diminuir o risco de DA, e uma dieta rica em frutas e vegetais pode desempenhar um papel neuro-protector.

Discussão/Conclusões: Apesar da evidência demonstrar que uma dieta rica em certos nutrientes poderá reduzir o risco de DA, esta é insuficiente e limitada (SORT B). São necessários estudos para investigar o benefício do uso de suplementos versus apenas dieta, a dose de certos alimentos e duração do consumo para que futuramente se possa implementar como factor de prevenção uma dieta-base.

P 95

UM CAMINHO COMUM PARA UM DIAGNÓSTICO DIFERENTE

Michelle Oliveira¹, Andreia Ramos¹, Maria João Xará², Filipe Botas¹
¹UCSP de Mira, ²UCSP da Mealhada

O Síndrome de Fahr é uma doença neuropsiquiátrica rara, esporádica ou hereditária. Está relacionado com distúrbios do metabolismo fosfo-cálcio e associado a perda de massa cerebral. Clinicamente pode apresentar-se através de alterações psiquiátricas (alterações de humor), deterioração progressiva da função cognitiva e/ou motora. O diagnóstico definitivo é imagiológico por tomografia axial computadorizada crânio-encefálica (TAC-CE), com identificação de depósitos anormais de cálcio no cérebro.

Caso Clínico: Homem de 79 anos, antecedentes de diabetes mellitus, hipertensão, dislipidemia e obesidade. No contexto do tratamento para erradicação de *Helicobacter Pylori* com amoxicilina e claritromicina, em março de 2015 recorreu ao Serviço de Urgência por quadro de tosse produtiva com expectoração purulenta e dispneia com 5 dias de evolução. Ao exame objetivo apresentava desorientação no tempo e espaço e discurso incoerente. Analiticamente verificou-se uma PCR de 80 mg/dl e parâmetros gasométricos compatíveis com uma insuficiência respiratória tipo 1, tendo ficado internado com diagnóstico de infeção respiratória e estado confusional. Durante o internamento apresentou melhoria clínica e analítica, mas devido à manutenção do estado confusional, foi pedida TAC-CE, que revelou calcificações exuberantes lenticulo-estriadas bilaterais e simétricas, associadas a incipientes calcificações pulmonares bilaterais, corticais occipitais bilaterais periventriculares infratentoriais e hipocâmpicas. Posteriormente foi realizado estudo do metabolismo fosfo-cálcio que revelou hipocalcémia com níveis de fósforo e vitamina D3 normais.

A raridade deste caso alerta para a conduta que devemos ter quando as alterações se mantêm, mesmo após o tratamento da possível

etiologia (neste caso o estado confusional no idoso no contexto de uma infeção respiratória).

P 96

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DOS IDOSOS DE UMA LISTA DE UTENTES: INÍCIO DE UMA ABORDAGEM INTEGRADA

Ana Sofia Pena

USF Samora Correia

Introdução: O estado nutricional é um determinante de saúde e qualidade de vida do idoso. Pela falta de uma avaliação nutricional regular, a má-nutrição está subdiagnosticada.

Objetivo: Mapear a realidade do estado nutricional dos idosos da nossa lista de utentes, para posteriormente delinear estratégias dirigidas.

Material e métodos: Realizou-se um estudo observacional, descritivo, visando a avaliação nutricional dos idosos numa lista de utentes, através da aplicação do questionário *Mini-Nutritional Assessment* a uma amostra de conveniência, compreendendo os utentes idosos desta lista que foram observados em consulta médica programada ou em visita domiciliária durante o período de 1 mês.

Resultados: Dos 412 idosos da lista, avaliou-se o estado nutricional de 75 idosos (18,2%). Destes 75 idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, 42 eram mulheres. Três idosos apresentavam desnutrição e seis estavam em risco. Entre os 66 utentes com estado nutricional normal, a média de pontuação do questionário foi de 13,3 em 14 pontos. Os doentes em risco de desnutrição e desnutridos apresentaram pontuação média de 17,4 num total de 30 pontos (score mínimo obtido de 6,5).

Discussão/Conclusões: Em suma, a maioria dos idosos avaliados apresenta um estado nutricional normal, o que poderá relacionar-se com a educação alimentar e com aspectos sócio-económicos e culturais desta população. Contudo, deveremos considerar possíveis vieses de amostragem ou limitações da ferramenta de avaliação. Futuramente, importará continuar a avaliação nutricional dos idosos da lista, planejar as intervenções adequadas a cada doente e desenvolver metodologias que aumentem a acuidade da avaliação.

P 97

HIPOVITAMINOSE D NA TERCEIRA IDADE: UMA REALIDADE ATUAL

Andreia Ramos¹, Michelle Oliveira¹, Maria João Xará², Filipe Botas¹
¹UCSP de Mira, ²UCSP da Mealhada

A hipovitaminose D é atualmente um distúrbio prevalente a nível mundial. Estima-se que existem cerca de 1 bilião de pessoas com deficiência/insuficiência de vitamina D. Fatores como o extremo da idade, a má nutrição, a falta de exposição solar e a obesidade contribuem para este distúrbio na terceira idade.

O objetivo deste trabalho é alertar a classe médica para a existência desta problemática entre a população idosa, de modo a adotar na sua prática diária atitudes que contribuam para a redução das suas consequências.

Material e métodos: Pesquisa de meta-análises, revisões sistemáticas e guidelines, utilizando os termos *MeSH* Vitamina D, hipovitaminosis D, hypovitaminosis D in older adults publicados em português, inglês e espanhol nos últimos 10 anos.

Resultados: A hipovitaminose D pode ser causada por um aporte reduzido ao organismo e patologias que conduzem a: um comprometimento da sua absorção gastrointestinal; um comprometimento

da hidroxilação do metabolito; uma perda de proteínas de ligação à vitamina D; uma ausência dos seus recetores nos tecidos e uma diminuição da sua síntese cutânea. As suas consequências incluem alterações musculo-esqueléticas, como dor muscular não específica, diminuição da força muscular, osteoporose e osteomalacia, e pode estar associada a um aumento do risco de infeções respiratórias, da diabetes Mellitus e de doenças cardiovasculares nesta faixa etária. Conclui-se que esta é uma problemática atual no seio da população idosa, alertando-nos para a importância da sua prevenção através do incentivo à exposição solar e para o seu diagnóstico precoce com posterior suplementação, diminuindo assim as suas consequências.

P 98

QUANDO A PREVENÇÃO SECUNDÁRIA É UMA OBRIGAÇÃO

Marisa Santos, Marisa Nunes
USF Almedina

Enquadramento: As doenças cerebrovasculares, nas quais se inclui o Acidente Isquémico Transitório (AIT), constituem a principal causa de mortalidade na população portuguesa, sendo a identificação dos fatores de risco modificáveis a melhor estratégia para a sua redução.

Descrição do caso: Homem, 82 anos, autónomo, sedentário, inserido numa família alargada, classe IV de Graffar. Antecedentes pessoais de hiperuricemia, obesidade e hipertensão arterial grau I desde 2014, controlado com candesartan 8mg e furosemida 40mg. Em maio de 2015, recorreu ao Serviço de Urgência, após contato telefónico com a médica assistente, por quadro de afasia momentânea, seguida de disartria que reverteu em 15 a 20 minutos. Objetivamente apresentava valores tensionais 198/90mmHg e desvio da comissura labial à esquerda. Dos exames efetuados, é de salientar uma tomografia computadorizada do crânio que identificou “Enfartes corticais “constituídos” ou hemorragias agudas. Calcificações ateromatosas murais nos sífoes carotídeos”. Perante o diagnóstico de AIT, teve alta, medicado com ácido acetilsalicílico 150mg. Posteriormente, vem à consulta aberta, assintomático, e dado o contexto, solicitámos estudo analítico e eco-Doppler carotídeo que revelaram glicémia em jejum 126mg/dL, colesterol-total 241mg/dL, colesterol-LDL 155mg/dL e “Placas ateromatosas circunferenciais fibrocalcificadas, bilateralmente, com 18 e 16mm, estáveis, com estenose de 50-70%”. Decidiu-se iniciar metformina 700mg e rosuvastatina 20 mg e referenciar para consulta de Cirurgia Vasculuar.

Discussão: Este caso evidencia o papel fundamental do médico assistente na identificação dos fatores de risco cardiovasculares, no ensino dos sinais de alarme, para que o doente possa agir de forma célere e eficiente, e na introdução de medidas de prevenção secundária.

P 99

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA PRESCRIÇÃO DE ANSIOLÍTICOS/SEDATIVOS/HIPNÓTICOS NA POPULAÇÃO IDOSA: ESTUDO OBSERVACIONAL

Ana Gonçalves¹, Alexandrina Tavares¹, Ana Luísa Alves²; Aude Martins⁴; Clara Esteves Jorge²; Daniel Carquejo³; Elsa Pimenta¹; Erika Fernandes³; Joana Palmira Magalhães⁴; Núria Arencibia⁵

¹UCSP Santa Maria 1, ²UCSP Sé, ³UCSP Mirandela 1, ⁴UCSP Mirandela do Douro, ⁵USF Nuno Grande

Introdução: O envelhecimento progressivo da população (29,2 % de idosos no Nordeste Transmontano) acarreta aumento de morbidade, procura de cuidados de saúde e medicalização. A insónia é a perturbação do sono mais frequente na população geral, sendo os

idosos particularmente vulneráveis. Segundo a DGS “as benzodiazepinas (...) têm indicação no tratamento (...) da insónia quando os sintomas assumem caráter patológico, não devendo ser utilizados por rotina (...)”. O seu uso está associado ao aumento de mortalidade. Objetivos: Avaliar a qualidade da prescrição de ansiolíticos/sedativos e hipnóticos aos idosos, sensibilizando os Médicos de Família a melhorar a prescrição.

Material e métodos: Estudo observacional, de Janeiro a Dezembro de 2015 nas UCSP Santa Maria 1, Sé, Mirandela 1 e Miranda do Douro. População: Idosos inscritos. Fonte: SIARS®. Intervenção Educativa (médicos): apresentações nas reuniões de serviço; emails semanais. Padrão de Qualidade: UCSP Santa Maria 1 e Miranda: Bom (> 5%), Suficiente (1-5%), Insuficiente (<1%); UCSP Mirandela 1 e Sé: Bom (> 2%), Suficiente (0-2%); Insuficiente (≤0%).

Resultados: Em dezembro de 2014, a percentagem de idosos sem prescrição crónica de benzodiazepinas e análogos nas UCSP em estudo foi: Sé - 74.5%; Santa Maria 1 - 70.9%; Mirandela 1 - 68.78%; Miranda - 68.4 % .

Discussão: A equipa considera pertinente esta intervenção dado que a prescrição inadequada constitui um critério de fragilidade, aumentando a morbimortalidade. Apesar das dificuldades intrínsecas à suspensão deste fármacos e à mudança de mentalidades relativa à “medicalização do sofrimento humano”, a equipa médica está motivada neste projeto de melhoria de cuidados de saúde.

P 100

ALTERAÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS NO IDOSO: A IMPORTÂNCIA DA NEUROSSÍFILIS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Rute Marques, Sara Castro, Andreia Pinto
Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar na USF S. Miguel, ACeS Grande Porto VIII

Introdução: A Neurosífilis é uma infeção provocada pela disseminação do *Treponema pallidum* para o Sistema Nervoso Central (SNC), que ocorre precocemente na Sífilis não tratada. Apesar da introdução da penicilina ter levado a um declínio da sua incidência, tem-se verificado um aumento do número de casos na atualidade.

Objetivos: Apresentar uma revisão bibliográfica sobre Neurosífilis, de forma a sensibilizar os clínicos para a sua inclusão no diagnóstico diferencial das alterações comportamentais do idoso.

Material e métodos: Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, *Medline* e *Cochrane Library* de artigos de língua inglesa e portuguesa publicados entre 2005 e 2015, utilizando os termos *MeSH Neurosyphilis* e *Cognition Disorders*.

Resultados: A Neurosífilis classifica-se em duas formas: a primeira implica o envolvimento meningovascular, enquanto que a forma tardia acomete o parênquima cerebral e espinhal. As alterações comportamentais e/ou cognitivas apresentam-se como o sintoma mais frequente de Neurosífilis tardia. A suspeita clínica é a chave do diagnóstico. Após confirmação da infeção através dos testes serológicos, a análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) determina o diagnóstico definitivo. O tratamento precoce é fundamental, sendo que a Penicilina constitui a base terapêutica, evitando o agravamento e progressão da doença.

Discussão/Conclusões: O recente acréscimo do número de novos casos de Neurosífilis alerta para a importância da suspeição clínica desta patologia no idoso com deterioração cognitiva e/ou comportamental, cuja sintomatologia pode mimetizar outras doenças neuropsiquiátricas. É fundamental o diagnóstico precoce desta patologia, uma



vez que o tratamento adequado altera o seu prognóstico.

P 101

HIPERPARATIROIDISMO PRIMÁRIO NO IDOSO

Carolina Sepúlveda, Marta de Sousa, Ana Rita Cardoso, Fátima Pimenta

Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução: O Hiperparatiroidismo Primário (HPTP) é um distúrbio sistémico do cálcio, fósforo e do metabolismo ósseo, devido ao aumento de produção de hormona paratiroideia (PTH). O HPTP é uma causa muito frequente de hipercalemia. A sua incidência aumenta com a idade, atingindo 0.2% na população nos maiores de 60 anos e é quatro vezes mais comum no sexo feminino em comparação com o masculino.

Objetivos: Os autores pretendem alertar para a importância da exclusão de patologia orgânica perante um caso de défice cognitivo ou alteração do humor, uma vez que a terapêutica, o prognóstico e a qualidade de vida do doente podem ser diferentes da patologia psiquiátrica.

Método: Estudo descritivo de um caso clínico.

Resultado: Os autores relatam um caso de uma doente de 68 anos de idade, com antecedentes de hipertensão arterial e depressão neuótica, habitualmente medicada com lítio e diurético tiazídico, que foi internada no Serviço de Psiquiatria por descompensação do quadro psiquiátrico. Ao terceiro dia de internamento, foi transferida para o Serviço de Medicina Interna por infeção do trato urinário com lesão renal aguda pré-renal por desidratação e quadro de diarreia com hipocaliemia secundária. Durante a permanência na enfermaria de Medicina, constatou-se hipercalemia ligeira mantida, tendo-se confirmado a presença de hipercalemia em exames prévios com mais de dois anos de evolução. O estudo etiológico da hipercalemia revelou hipofosfatemia, elevados níveis de PTH e um doseamento baixo de 25-hidroxivitamina D sérica, que confirmaram o diagnóstico de HPTP associado a hipovitaminose, provavelmente potencializado pela administração de lítio e tiazida.

Conclusão: Os sintomas psiquiátricos são frequentes manifestações clínicas do HPTP e podem variar desde alterações ligeiras da personalidade ou ansiedade até à depressão grave, comportamentos obsessivo-compulsivos e paranoia. Os idosos com HPTP tendem a ser mal diagnosticados com doenças psiquiátricas associadas à idade, uma vez que nesta faixa etária, a maioria das patologias não se manifestam pelos seus sintomas típicos.

P 102

O PAPEL DA VITAMINA D NAS DOENÇAS AUTO-IMUNES

Pedro Miguel de Almeida Lopes, Daniela Pedro Correia

Instituições: Centro Hospitalar do Oeste - Caldas da Rainha, USF Tornada, ACES Oeste Norte

Introdução: A vitamina D é uma vitamina lipossolúvel que pode ser absorvida a partir da dieta ou produzida na pele após a exposição à radiação ultravioleta. O seu contributo na regulação da homeostasia mineral óssea está bem documentado, no entanto, a presença de receptores de vitamina D e de enzimas metabolizadoras de vitamina D em vários tipos celulares, incluindo células do sistema imunitário, sugere a sua intervenção noutros processos fisiológicos.

Objetivos: Com esta revisão procura-se ilustrar o efeito imunomodulador da vitamina D e o seu potencial papel no desenvolvimento e perpetuação das doenças auto-imunes e respetivo contributo terapêutico.

Material e métodos: Pesquisaram-se artigos científicos nas bases de dados *PubMed*, *Science Direct* e *EMBASE* usando as palavras-chave *vitamin D*, *deficiency*, *autoimmune disease*, *autoimmunity*, *type 1 diabetes*, *systemic lupus erythematosus*, *rheumatoid arthritis*, *multiple sclerosis* e *inflammatory bowel disease*.

Resultados: Vários estudos relacionaram a vitamina D com doenças auto-imunes, sugerindo que poderá ter um potencial papel na prevenção e tratamento destas doenças. Para além disso, estudos recentes sugerem que polimorfismos dos genes de vários intervenientes no metabolismo e ação da vitamina D podem condicionar diferenças na biodisponibilidade da vitamina D e influenciar a susceptibilidade para as doenças auto-imunes.

Discussão/Conclusões: Mais ensaios clínicos são necessários para uma melhor compreensão da influência da vitamina D na fisiopatologia das doenças auto-imunes. O conhecimento dos genótipos de risco contribuirá para o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas ou preventivas. É de todo o interesse alcançar um consenso acerca da suplementação de vitamina D.

P 103

TERAPÊUTICA HORMONAL DE SUBSTITUIÇÃO NA PERI E PÓS-MENOPAUSA: REVISÃO DE TEMA

Sara Quelha, Felicidade Malheiro

USF Arca d'Água

Introdução: Durante a peri e pós-menopausa, as mulheres experimentam mudanças físicas e psicológicas, estando a intensidade dos sintomas relacionada com a rapidez com que se instala a falência ovarica. O aumento da esperança média de vida torna fundamental a não protelação da instituição da terapêutica hormonal de substituição (THS), sempre que necessária.

Objetivos: Avaliar as principais indicações para a instituição da THS

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed* e *Sociedades Científicas*

Resultados: Os sintomas vasomotores e genitourinários constituem as queixas mais comuns da mulher perimenopausa. Nestas situações, perante a insuficiência das medidas gerais, a THS apresenta um papel essencial na melhoria da qualidade de vida destas mulheres. No alívio dos sintomas vasomotores, os estrogénios são a terapia mais eficaz em mulheres com irritabilidade, distúrbios do sono ou dificuldade de concentração. Há evidência crescente relativamente à via transdérmica, pelo seu melhor perfil de segurança. Pode ser considerada a associação de progestativo, exceto nas mulheres histerectomizadas. Na atrofia vulvovaginal moderada a grave, os estrogénios tópicos são a terapia mais eficaz, especialmente se esta é a única queixa da mulher. Neste caso não é recomendada a associação do progestativo. Os estrogénios tópicos têm também benefício evidente em mulheres com bexiga hiperativa e diminuem o risco de cistite recorrente.

Conclusões: É fundamental o Médico de Família avaliar a qualidade de vida da mulher perimenopausa, pois a eficácia e segurança do THS é maior quanto mais precocemente for a sua instituição.



P 104

QUANDO A PERSISTÊNCIA VENCE A TEIMOSIA!

Daniela Pedro Correia, Raquel Monteiro, Pedro Miguel de Almeida Lopes

USF Tornada, Aces Oeste Norte; USF Tornada, Aces Oeste Norte; Centro Hospitalar do Oeste, Caldas da Rainha

Enquadramento: O cancro colo-retal (CCR) é das principais causas mundiais de morte por cancro. O seu rastreio deve ser realizado entre os 50 e 74 anos, sendo de grande utilidade, pois detecta lesões cancerígenas precoces em indivíduos assintomáticos.

Descrição do caso: Homem de 71 anos, autónomo, com antecedentes de hipertensão (HTA), excesso de peso, dislipidemia e perturbação do sono. Sem antecedentes familiares de relevo, nem hábitos de consumo.

Em Janeiro 2013 o utente recorre à USF para consulta programada de HTA, introduzindo-se a questão do rastreio oportunístico do CCR, com a realização da pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF). Desconhecendo a sua realização no passado, o utente concorda com a sua requisição. Inesperadamente, só após múltiplas consultas para abordar a perturbação do sono e insistência médica em conhecer o resultado da PSOF, temos conhecimento da sua positividade em Novembro. Explicados os riscos e benefícios de prosseguir estudo com a colonoscopia, o utente recusa a sua realização. Após nova insistência médica em consultas subsequentes, discreta perda de peso e alterações analíticas, em Março 2014, o utente aceita a realização da colonoscopia. Volta em Maio, após a sua realização, apresentando alguns pólipos do sigmóide ao transversa e neoplasia ulcerada. Referenciou-se para consulta de cirurgia urgente, onde foi submetido a hemicolectomia direita, com boa evolução clínica.

Discussão: O caso evidencia as competências do médico de família na realização de rastreios oportunísticos, na gestão de más notícias e na habilitação do doente a tomar decisões informadas.

P 105

É POSSÍVEL RETARDAR O ENVELHECIMENTO VASCULAR?

Maria Inês Oliveira, Gustavo Gama

USF Lagoa, USF Renascer

Introdução: À medida que a idade aumenta, as modificações do coração e do sistema vascular são anatómica e fisiologicamente evidentes, visto a idade aparente deste sistema aumentar paralelamente à idade biológica do indivíduo. No entanto, por vezes, tal homogeneidade não se verifica, sendo a idade vascular superior à idade cronológica.

Objetivos: Pesquisar e enumerar fatores que possam contribuir e/ou acelerar o envelhecimento vascular; Em caso afirmativo, avaliar os seus efeitos.

Metodologia: Pesquisa electrónica de artigos e revisões de jornais e revistas na área da Cardiologia, tais como a Sociedade Portuguesa de Cardiologia, a ESC (*European Society of Cardiology*), a AMA (*American Heart Association*), a *American College of Cardiology* e a *American Journal of Cardiology*. Revisão da literatura na base de dados Pubmed, sem restrição de idioma, com as seguintes palavras-chave: *vascular aging*, *vascular age* combinadas com *risk factors*.

Conclusão: Os hábitos tabágicos, a obesidade, a hipertensão arterial, o aumento dos níveis sanguíneos do colesterol, a hiperglicémia e o sedentarismo estão associados ao envelhecimento vascular precoce. Por estes motivos, a modificação do estilo de vida, incluindo uma alimentação saudável, a prática do exercício físico e a cessação ta-

bágica, são determinantes na população. Assim, nunca é demasiado tarde para se alcançar um envelhecimento saudável, pelo que se pode responder afirmativamente à questão deste trabalho.

P 106

ALGALIAÇÃO NO SERVIÇO DE MEDICINA INTERNA – INDICADOR DE QUALIDADE

Mónica Pinho, Ermelinda Gonçalves

Serviço de Medicina Interna, Unidade de Santa Maria da Feira do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga

Introdução: O uso da algália constitui componente essencial dos cuidados de saúde. A infeção do trato urinário (ITU) associada ao seu uso constitui a infeção nosocomial mais comum. A frequência e o tempo de permanência da algália determinam o risco, sendo essencial agir na prevenção.

Objetivos: Analisar dados demográficos da amostra; Avaliar motivos e indicações de algaliação; Verificar se os objetivos protocolados foram atingidos (80-95% doentes com avaliação de algaliação à entrada; 60% doentes com avaliação de algaliação no 4º dia de internamento; 80-95% doentes com avaliação de algaliação à alta).

Métodos: Estudo prospetivo de 01/01/2013-31/12/2013.

Preenchimento dos formulários: dados demográficos; avaliação dos registos; indicações de algaliação

Critérios de inclusão: Doentes internados no 1º domingo de cada mês. Critérios de exclusão: Doentes cronicamente algaliados; ausentes do serviço ao 4º.

Resultados: Foram incluídos 79 doentes, a maioria eram do género masculino (59.5%), com média de idade de 77 anos e mais de 2/3 eram provenientes do serviço de urgência. Os principais motivos de internamento foram insuficiência cardíaca (22.8%) e a insuficiência renal (22.8%). A média de dias de algaliação foi de 6.5 dias. À admissão, a maioria foi algaliada para registo rigoroso da diurese (65.8%). Ao 4º dia de internamento, a taxa de desalgaliação foi inferior a 60%. 7 doentes tiveram alta algaliados (8.9%).

Conclusão: O protocolo é ferramenta fundamental ao serviço, permitindo análise do desempenho dos profissionais de saúde na prevenção da ITU. Os objetivos foram atingidos à admissão e à alta dos doentes.

P 107

SEGUIMENTO DE DOENTES HIPERTENSOS FUMADORES NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Ana Sotero, Inês Gornilho

USF Alfa Beja

Introdução: O tabagismo e a hipertensão arterial (HTA) são importantes fatores de risco cardiovascular (FRCV), sendo comum encontrar-los no mesmo doente. É importante delinear estratégias de intervenção, para reduzir o risco cardiovascular global destes doentes. Para tal, é imprescindível identificar e valorizar o tabagismo como FRCV, bem como encaminhar e acompanhar os doentes no sentido da cessação tabágica (CCT).

Objetivo: Identificar doentes hipertensos e fumadores da USF Alfa Beja, o número de referenciações para a CCT e o seu seguimento.

Métodos: Através do programa Mim@uf, obteve-se a listagem de doentes que tinham como problemas de saúde ativos: HTA e tabagismo (n=325). Obtivemos uma amostra aleatória de 177 doentes (p=0,05). Analisamos nos processos clínicos: registo de tabagismo atual, registo de unidade maço ano (UMA), referenciação a CCT e



abandono de hábitos tabágicos no presente.

Resultados: Fumadores: 94,92%. Hábitos tabágicos na atualidade: 26,55% sem consumo, 29,38% mantinham o consumo e em 48,07% não havia registo na última consulta. Apenas 21% tinham cálculo de UMA. Referenciados para a CCT foram 10,2% e cerca de 2% continuam a frequentá-la regularmente. Abandonaram os hábitos tabágicos 30% dos referenciados à CCT e 26% dos não referenciados.

Discussão: Verificamos que existem lacunas nos registos informáticos/processos clínicos dos doentes, em relação à atualização do estado de fumador e ao registo de UMAs. A referenciação para a CCT, deveria ter números mais elevados, pelo que nos parece importante incitar esta mudança junto dos clínicos. No entanto, verificou-se que mais de 1/4 dos doentes que não foram referenciados, encontram-se sem fumar atualmente, o que se pode traduzir num acompanhamento da CT pelo respetivo médico de família.

P 108

GRANDES IDOSOS: QUAL O SEU PERFIL?

Carolina Santos, Sara Veiga
UCSP de Beja

Introdução: Os países desenvolvidos conduziram ao envelhecimento da população. Com o desenvolvimento económico e social aumentou a esperança de vida. Portugal é um dos países da União Europeia com maior percentagem de idosos. Esta evolução demográfica caracteriza-se pelo gradual aumento do peso dos grupos etários seniores. Na atualidade o conhecimento das características intrínsecas deste grupo é essencial, além de permitir planificar novas estratégias a nível da programação de tarefas nos cuidados de saúde primários.

Objetivos: Descrever as características sócio-demográficas e o perfil clínico dos grandes idosos (≥ 75 anos) numa lista de utentes da Unidade Cuidados de Saúde Primários de Beja.

Materiais e métodos: Estudo descritivo transversal realizado durante o mês de Dezembro de 2014. População: utentes inscritos na UCSP de Beja e pertencentes a uma lista de 1560 utentes. Variáveis: Sócio-demográficas, fatores de risco cardiovasculares mais prevalentes e grau de dependência (Índice de Barthel). Colheita de dados: registo informático, base de dados do SAM®, com processamento dos mesmos em Excell 2007.

Resultados: Foram estudados 161 utentes, com uma idade média de 81,3 anos, sendo 54,6% do sexo feminino, a maioria casados, sendo que apenas 9,3% vive em lar. Quanto aos fatores de risco cardiovasculares, os mais frequentes são a hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. No Índice de Barthel, 76% são independentes e em relação ao cuidador principal o companheiro surge em primeiro lugar.

Discussão/Conclusões: O grande idoso tipo da lista estudada é mulher, casada, residente no seu domicílio, independente nas atividades de vida diária e com vários fatores de risco cardiovascular.

P 109

A DINÂMICA DA FAMÍLIA QUE COABITA E CUIDA DE UM IDOSO DEPENDENTE

Hugo Daniel Salgueiro
USF Planície, Centro Saúde Évora

Associado à progressão do envelhecimento, constata-se uma diminuição de algumas capacidades funcionais e um aumento da vulnerabilidade. A dependência acaba por surgir, sendo a família a principal

instituição de apoio. Parece-nos assim pertinente questionar: qual a relação entre a dinâmica familiar e o coabitar e cuidar de um familiar idoso dependente? O objetivo foi, analisar o funcionamento da família cuidadora, relacionando o nível de dependência do familiar idoso e a idade dos cuidadores com a dinâmica familiar. Desenvolveu-se um estudo correlacional e transversal, com amostra intencional constituída por 80 famílias e 143 cuidadores. Usámos uma escala de avaliação do nível de dependência aos idosos e outra de avaliação da coesão e adaptabilidade familiar (FACES III). Conclui-se que o nível de dependência do idoso não altera a coesão e adaptabilidade familiar, contudo, o grupo etário do cuidador altera a dinâmica familiar, induzindo um potencial patológico.

P 110

PORQUE IDOSO E DEMÊNCIA NÃO SÃO SINÓNIMOS: UM CASO DE LINFOMA DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Ana Azevedo Ramos¹, Sophie Sousa²

¹USF Espaço Saúde, ACeS Porto Ocidental, ²USF Oceanos, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Enquadramento: O linfoma primário do Sistema Nervoso Central (LPSNC) constitui uma variante incomum do Linfoma não Hodgkin extranodal. No entanto, a taxa de incidência nos adultos com mais de 65 anos tem aumentado de forma sustentada. Embora o principal fator de risco seja o estado de imunodeficiência, indivíduos imunocompetentes podem também ser afetados.

Caso clínico: Uteente do sexo feminino de 87 anos, viúva, 2 filhos, totalmente dependente de cuidadora, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, acidente vascular cerebral, enfarte agudo do miocárdio, pancreatite aguda, insuficiência cardíaca e angina de peito. Em dezembro de 2014 inicia quadro de prostração com recusa alimentar e perturbação da fala. Não tendo sido identificada causa objetivável, a utente foi referenciada ao Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar do Porto (CHP), tendo sido feito o diagnóstico de Demência Senil. Por persistência do quadro, foi efetuada nova visita domiciliária em janeiro de 2015, com pedido de ionograma que revelou hiponatremia. Foi novamente referenciada ao SU do CHP, tendo ficado internada para correção do distúrbio iónico e realização de estudo subsequente, o qual revelou a existência de um Linfoma Não-Hodgkin primário do SNC. A utente teve alta medicada com corticoterapia e com indicação para tratamento paliativo.

Conclusão: O LPSNC pode manifestar-se clinicamente como uma demência rapidamente progressiva. O diagnóstico diferencial é fundamental, dada a potencial reversibilidade da demência causada pelo LPSNC. Assim, e apesar de pouco frequente, torna-se importante o conhecimento desta patologia, de forma a que seja possível um diagnóstico e tratamento precoces.

P 111

A DEPRESSÃO NO DOENTE COM PARKINSON

Renata Almeida, Joana Vitória Silva, Sara Baptista, Ana Rita Ferreira, Joana L. Gonçalves, Diana Vaz de Miranda
USF São Julião, Hospital de Magalhães Lemos, USF Santiago, USF S. Nicolau

Introdução: A doença de Parkinson (DP) é a segunda doença neurodegenerativa mais frequente em todo o mundo. Cada vez mais se reconhece a importância dos "sintomas não motores (SNM)" da DP, como a depressão, dado que têm um grande impacto na qualidade de vida dos doentes.

Objetivos: Rever a literatura existente sobre a abordagem diagnóstica e tratamento da depressão na DP.

Materiais e métodos: Pesquisa sistemática na literatura de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos, utilizando as palavras-chave Parkinson e depression.

Resultados: Estudos sugerem que depressão ocorre em cerca de 35% dos pacientes com DP. Existem determinados critérios e escalas que podem auxiliar os profissionais no diagnóstico e seguimento desta patologia, como a *Hamilton Depression Rating Scale*.

A terapêutica antidepressiva na DP tem algumas particularidades, pelo que existem várias opções de tratamento: antidepressivos tricíclicos, inibidores selectivos de recaptção de serotonina (SSRI), inibidores selectivos da recaptção da serotonina e da noradrenalina (SNRI) e agonistas da dopamina. A escolha do antidepressivo deve ser baseada principalmente nas comorbilidades e características do paciente. Outras opções de tratamento são a electroconvulsivoterapia (ECT) e estimulação magnética transcraniana (TMS).

Discussão: Apesar de ser cada vez mais uma entidade reconhecida, a depressão na DP continua a levantar questões, devido à sobreposição clínica existente entre as duas síndromes. O diagnóstico da depressão deve ser feito clinicamente, utilizando critérios e escalas de diagnóstico adequados.

As hipóteses de tratamento da depressão na DP são várias, havendo evidências recentes de que a associação de rasagilina-SSRI poderá ser útil, no entanto mais estudos são necessários.

P 112

O CONDUTOR SÉNIOR

Daniela Branco Sá
USF Ouriceira

Aproximadamente 21% dos condutores portugueses tem > 60 anos, estando sujeitos a avaliação médica periódica. A obtenção da carta de condução significa autonomia, mobilidade, autoestima, independência e autoeficácia, essenciais no idoso.

O envelhecimento condiciona diminuição das capacidades físicas, cognitivas, maior ingestão de medicamentos e mais patologias. Em contrapartida, aumenta a maturidade, responsabilidade, experiência e autoconsciência.

O objetivo deste trabalho é compreender a influência do envelhecimento na condução.

Realizou-se uma pesquisa sistemática em Português e Inglês, na Medline e The Cochrane Collaboration.

Resultados: Os acidentes rodoviários envolvendo idosos condicionam maior gravidade.

A relação entre função visual e colisões mostrou-se inconsistente; no entanto, alguns estudos mostram que afeta a performance e reconhecimento de perigos.

Não se estabeleceu relação entre alterações na audição e acidentes rodoviários.

Alterações cognitivas e nas funções executivas diminuem as capacidades de condutor. Doenças cardiovasculares e neurológicas e consumo de medicamentos e álcool levam a perda de funções e aumentam o risco de colisão.

Discussão: A gravidade das lesões no idoso após acidente rodoviário poderá dever-se à maior fragilidade destes e não à condução.

A escassa ligação entre funções visuais e colisões e inconsistência de resultados nos outros critérios estudados pode dever-se a comportamentos compensatórios.

A perda da licença de condução significa perda de autonomia, in-

dependência e autoeficácia, levando a uma mobilidade dependente, autoestima baixa e isolamento. É essencial que a interrupção da condução seja gradual e que o idoso e familiares sejam parte ativa, sendo preparados através do incentivo à utilização de transportes públicos, atividade física e treino mental.

P 113

PRURIDO CRÓNICO NO IDOSO

Ana Luísa Marcelino
USF Ouriceira

Introdução: No idoso o prurido crónico é a desordem de pele mais comum com um impacto significativo na sua qualidade de vida. Pode ter várias etiologias com uma multiplicidade de variáveis que se manifestam concomitantemente e que dificultam o diagnóstico e tratamento.

Objetivos: Rever quais as etiologias mais comuns de prurido crónico no idoso, segundo as evidências disponíveis, bem como as suas características.

Métodos: Pesquisa na *PubMed*, *Uptodate* com as palavras-chave *Chronic pruritus in elderly* e *Pruritus in older patient*.

Resultados: Mais de 50% dos idosos tem xerose, sendo esta a causa mais comum na ausência de lesões cutâneas. As dermatites eczematosas, penfigóide bulhoso, micose fungóide e escabioses são algumas das condições de pele mais frequentes. No prurido induzido por fármacos destacam-se os bloqueadores dos canais de cálcio e os diuréticos tiazídicos.

Conclusão: Na avaliação do prurido é essencial determinar se a pele com prurido tem aspecto normal ou não. Na ausência de lesão cutânea a causa mais comum é a xerose, devendo sempre ser considerada na abordagem do prurido crónico no idoso. Na pele com lesão, a erupção primária deve ser diferenciada das lesões secundárias pelo ato de coçar, devendo ser consideradas as dermatites eczematosas e a escabiose entre outras. Das etiologias sistémicas todos os estudos/revisões citam a doença renal crónica e a diabetes mellitus como causas comuns. O uso de vários fármacos concomitantemente é também uma causa que deve ser considerada.

P 114

AVALIAÇÃO DA TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA NO IDOSO

Francisco Sande Nogueira, João Marques Santos,
Ana Isabel Esteves
USF S. João Evangelista dos Lóios, ACES Lisboa Central

Introdução: O envelhecimento, associado às alterações demográficas nas sociedades ocidentais, trouxe novos desafios à prescrição médica. O aumento da esperança média de vida, foi acompanhado pela crescente prevalência das doenças crónicas, requerendo diversos fármacos. A segurança terapêutica no idoso deve ser uma prioridade do clínico, com base no princípio da não-maleficência.

Objetivos: Identificar os principais fatores que contribuem para a iatrogenia medicamentosa no idoso, prevenindo erros de prescrição, com base na revisão da evidência científica disponível.

Material e métodos: Pesquisa de artigos de revisão, meta-análises e artigos originais no *PubMed*, *Cochrane Library*, *UptoDate* e *SciELO*, utilizando os termos *MeSH*: *older people*, *drug safety*, *drug evaluation*, *polipharmacy reduction* e *adverse drug events*. Selecionaram-se artigos considerados relevantes para os objetivos definidos, publicados desde 1 de Janeiro de 2010.

Resultados: Foram encontrados 163 artigos, dos quais se seleciona-



ram 17 que cumpriram os critérios de elegibilidade. Diversos autores identificam especificidades da terapêutica no idoso, combinando as suas características fisiológicas, cognitivas e funcionais à prevalência de doenças crônicas. A polimedicação, a cascata de prescrição e a auto-medicação promovem interações medicamentosas e potencializam os efeitos secundários. É importante conhecer os fármacos e classes farmacológicas que devem ser evitados no idoso, identificados nos Critérios *Beers* 2012 e Critérios *STOPP/START*.

Discussão/Conclusões: Existem limitações ao conhecimento sobre a farmacoterapêutica no idoso, já que os ensaios randomizados controlados raramente os incluem. Parte dos erros terapêuticos no idoso podem ser prevenidos. É fundamental conhecer as particularidades na sua abordagem terapêutica, definindo estratégias que aumentem a segurança. A esperança de vida deve ser incluída na decisão terapêutica individual, reavaliando-a frequentemente.

P 115

POR TRÁS DA PSICOSE... PODE ESTAR A AVITAMINOSE!

Maria João Nobre, Sara Nascimento, Ricardo Correia, Eduardo Gonçalves
USF Guadiana; Centro Hospitalar do Algarve

Os surtos psicóticos caracterizam-se pelo aparecimento repentino de sintomas como alterações de comportamento, alucinações ou delírios. O doente em surto psicótico pode tornar-se agressivo, agitado, exibir comportamentos estranhos e até colocar a sua vida e a de outros em risco. O primeiro surto psicótico é mais frequente entre os 15 e os 25 anos e pode ser desencadeado por várias causas psiquiátricas ou condições médicas. Aquando de um primeiro surto psicótico em idade geriátrica deve ser investigada causa orgânica.

Homem de 71 anos encaminhado ao Serviço de Urgência de Psiquiatria por desinibição psicomotora, labilidade emocional, discurso incoerente e desorganizado, agressividade e desorientação com 2 meses de evolução.

Ao exame psiquiátrico, o doente apresentava delírios de grandeza, intolerância à frustração e agressividade verbal.

O doente ficou internado no Serviço de Psiquiatria para estabilização clínica e realização de Exames Complementares de Diagnóstico, que revelaram anemia macrocítica e ligeira atrofia cortical. Os doseamentos de vitamina B12 confirmaram défice de vitamina B12.

O doente durante o internamento foi medicado com haloperidol sem melhoria clínica, só evoluindo favoravelmente após administração de vitamina B12 e tiamina, apresentando-se à data da alta com um comportamento e discurso ajustados, sem alterações do pensamento ou da sensopercepção.

P 116

INTEGRAÇÃO DA FAMÍLIA NOS CUIDADOS À PESSOA IDOSA INTERNADA – UM NOVO PARADIGMA

Lopes, Cátia; Cunha, Diana; Gonçalves, Maria Albertina; Leitão, Miguel; Gomes, Rute
Hospital Garcia de Orta

Introdução: O envelhecimento demográfico exprime as transformações resultantes da evolução dos contextos técnico-científico e socio-cultural. Este fenómeno traduz-se num aumento do número de pessoas idosas com doenças de evolução prolongada ao qual se acresce um maior consumo de cuidados de saúde. (OMS, 2002)

O internamento hospitalar surge como consequência da descompensação da doença de base e/ou das co-morbilidades associadas,

como um momento de stresse e ansiedade, para a pessoa e para a família. Esta transição da vida familiar para um processo de hospitalização leva à necessidade de identificar um membro da família com quem a equipa de saúde estabeleça parceria. Assim, sendo a família um dos focos dos cuidados de enfermagem, é vital que o enfermeiro seja integrador e trabalhe as suas habilidades e competências, capacitando-a para a continuidade dos cuidados no domicílio. (Dec. Lei 106/2009)

Objetivo: Construir um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem, que reflitam a integração da família/cuidador nos cuidados e desenvolver competências e habilidades no âmbito ensino/aprendizagem.

Metodologia: revisão da literatura limitada aos últimos 14 anos (01/01/2000 a 31/12/2014) de artigos em língua portuguesa e inglesa, em texto integral, utilizando vários descritores combinados entre si. A pesquisa foi efetuada com recurso às bases de dados *Ebsco; UpToDate; B-On* e *SciELO*.

Conclusão: As intervenções de enfermagem centradas na família representam uma inédita abordagem do cuidar fundamentado numa relação colaborativa entre os profissionais e famílias, num contexto de parceria que reconhece e valoriza a importância da família no processo de cuidados.

Palavras-chave: pessoa idosa; hospitalização; família; cuidar; transição; dependência.

P 117

A SEXUALIDADE NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Dina Mendes, Filipa Esteves, Isabel Rodrigues, Miguel Soares
Hospital do Mar, Grupo Luz Saúde

Apesar de se assumir como um aspeto central de todo o ciclo vital, a sexualidade na pessoa idosa continua a ser encarada como um tabu. Também os profissionais de saúde e cuidadores familiares de idosos com demência, continuam a referir dificuldades e constrangimentos no que diz respeito à sexualidade no idoso com demência.

O presente trabalho tem como objetivos discutir o fenómeno da sexualidade no idoso com demência, identificar potenciais problemas e sugerir as intervenções mais adequadas. Recorreu-se assim uma metodologia de revisão sistemática da literatura com recurso à pesquisa em base de dados.

Como principais resultados salientamos a existência de diferentes níveis de expressão da sexualidade. Os principais problemas identificados foram dilemas éticos, usualmente orientados pelos princípios da autonomia e da dignidade humana. As intervenções poderão ser de âmbito farmacológico ou não farmacológico, sendo a farmacológica a menos indicada e apelando-se primariamente ao estudo comportamental e controlo de fatores ambientais. São ainda diversas as referências relativas à necessidade de formação na temática, de profissionais de saúde e cuidadores familiares com vista à eliminação de dificuldades e constrangimentos.

Em conclusão, são diversas as estratégias que poderão ser adotadas na abordagem da expressão sexual do idoso com demência. Para tal, são essenciais profissionais de saúde bem preparados e com formação na área temática, cujas intervenções não sofram interferência de crenças, valores e preconceitos.



P 118

RASTREIO DE CANCRO DA MAMA EM MULHERES IDOSAS – QUAL A EVIDÊNCIA?

Paula M Ferreira, Marta Ferreira, Joana Parente, Joana Araújo, Maria José Menezes
USF S. Lourenço, AceS Cávado I

Introdução: O aumento da esperança média de vida levou ao aumento da incidência de doenças oncológicas, nomeadamente de cancro da mama (CM) que, em mulheres com idade igual ou superior a 65 anos tem uma incidência de 47% e uma taxa de mortalidade de 58%. O programa de rastreio protocolado pela DGS indica que devem ser rastreadas todas as mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade, o que leva ao infra-diagnóstico desta patologia nas mulheres idosas.

Objetivo: Verificar a evidência do rastreio do cancro da mama em mulheres com idade igual ou superior a 65 anos.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica em bases de dados reconhecidas, seleccionando artigos publicados nos últimos 15 anos em Inglês, Francês e Português. Os termos *MESH* utilizados foram *breast cancer and screening and elderly* e os níveis de evidência e forças de recomendação foram avaliados com a escala *SORT*.

Resultados: Da pesquisa resultaram 1177 artigos, dos quais 11 cumpriram os critérios de seleção: um estudo original, 6 revisões sistemáticas e 4 guidelines. Em todos os estudos é consensual que o rastreio de cancro de mama em mulheres com mais de 75 anos deve ser individualizado (força de recomendação B).

Discussão/Conclusão: Globalmente, o rastreio de mulheres acima da idade protocolada, particularmente, acima dos 75 anos, deve ser individualizado, se estas apresentarem pelo menos mais 5 anos de vida expectável e não apresentarem comorbilidades significativas, sendo necessários mais estudos nesta faixa etária.

P 119

PRESCRIÇÃO RACIONAL NO IDOSO

Luis Magalhães, Sara Matos Moreira
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, USF Leça

Introdução: A polimedicação é um síndrome geriátrico. Segundo dados da OMS 65-90% dos idosos consomem em média 3 medicamentos diários.

A deteção de medicação potencialmente inapropriada e de prescrição potencialmente omissa é uma preocupação crescente nesta faixa etária.

Objetivos: Atualizar o conhecimento relativamente à prescrição racional no idoso.

Material e métodos: Revisão bibliográfica em bases de dados de medicina baseada na evidência, utilizando os termos *MeSH: Aged, Aged, 80 and over; Drug prescriptions*.

Resultados: As mudanças fisiológicas compreendem a elevação do pH gástrico, um esvaziamento gástrico mais lento, alteração da relação proteínas/gordura corporal, diminuição do clearance renal, da capacidade enzimática e da função hepática. Características que condicionam alterações na farmacocinética e farmacodinâmica.

Na introdução de um fármaco deve-se ponderar o risco-benefício, o que implica conhecer as comorbilidades do utente, a resposta prévia ao fármaco, seleccionando aqueles com tolerância comprovada, iniciando com uma dose baixa aumentando gradualmente até à dose efetiva. A revisão periódica de medicação deve contemplar a simplificação do plano terapêutico, avaliando a possibilidade de reduzir/retirar medicamentos.

Classificação da terapêutica por aparelhos e sistemas recorrendo à ferramenta de deteção de medicação inapropriada de acordo com os critérios *STOPP/START*.

Conclusão/Discussão: A prescrição inapropriada no idoso é considerado um problema de saúde pública, pelo maior risco de reações adversas, coexistência de múltiplas comorbilidades e com planos terapêuticos extensos que favorecem interações medicamentosas. A revisão sistemática da medicação com ferramentas de deteção de prescrição inapropriada deveria tornar-se numa prática corrente na otimização da farmacoterapia da população idosa.

P 120

DETERMINAÇÃO DE OSTEOPOROSE MASCULINA NOS DIABÉTICOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Anne-Marie Ferreira¹, Patrícia Costa¹, Carla Moreira², Jorge Demar Santos², Rui Oliveira², Sérgio Aleixo³

¹USF Terras de Azurara, ²USF Infante D. Henrique, ³USF Viseu Cidade

Introdução: A osteoporose masculina (OM) merece atenção uma vez que cerca de 25% das fraturas osteoporóticas ocorrem no homem, geralmente mais cedo e com maior mortalidade do que na mulher. Um dos principais fator clínico de risco de fratura por osteoporose é a Diabetes Mellitus (DM), sendo importante a sua deteção precoce por osteodensitometria.

Objetivos: Determinação de OM nos diabéticos idosos de uma unidade de saúde familiar (USF)

Material e métodos: Estudo: Observacional, descritivo, transversal
População: Homens ≥70 anos, de uma USF

Crítérios de Inclusão: Homens ≥70 anos vigiados em Programa de DM

Crítérios de Exclusão: Utentes sem contacto médico em 2014

Amostra: Todos os doentes que cumpram os critérios

Tipo e fonte de dados: Processo Clínico (SAM[®])

Análise estatística: Microsoft Excel 2010[®]

Resultados: Obteve-se uma amostra de 191 diabéticos (97,9% da população). A média de idades foi 78,06 anos.

Do total da amostra 3,1% (n=6) realizaram osteodensitometria.

Verificamos que das osteodensitometria realizadas (n=6), 33,3% diagnosticaram osteoporose e 16,7 osteopenia, sendo as restantes normais.

Discussão: O Médico de Família encontra-se numa posição privilegiada para evitar, tratar e prevenir as possíveis complicações da osteoporose, nomeadamente as fraturas, potencialmente fatais e incapacitantes, nos idosos. É fundamental melhorar o diagnóstico precoce de osteoporose através da realização de osteodensitometria, sobretudo em grupos de risco.

P 121

PRESCRIÇÃO DA OSTEODENSITOMETRIA EM IDOSAS DIABÉTICAS – MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Anne-Marie Ferreira¹, Patrícia Costa¹, Carla Moreira², Jorge Demar Santos², Rui Oliveira², Sérgio Aleixo³

¹USF Terras de Azurara, ²USF Infante D. Henrique, ³USF Viseu Cidade

Introdução: A Diabetes Mellitus (DM) é um dos principais fator clínico de risco de fratura por osteoporose, podendo esta ser detectada por osteodensitometria. A Direção Geral de Saúde (DGS) emitiu uma norma que recomenda a sua prescrição a mulheres ≥65 anos.

Objetivos: Avaliar a prescrição de osteodensitometria em mulheres ≥65 anos diabéticas



Caraterizar os resultados obtidos das osteodensitometrias realizadas

Material e métodos: Dimensão estudada: Adequação técnico-científica; Unidade de estudo: Mulheres ≥ 65 anos, de uma Unidade de Saúde Familiar; Tipo e Fonte de dados: Processo ;SAM@; Tipo de avaliação: Autoavaliação; Critérios de avaliação: Norma 001/2010 da DGS de 30/09/2010; Relação temporal: Avaliação retrospectiva; Seleção da amostra: Mulheres ≥ 65 anos, em 2011 (1ª avaliação) e 2014 (2ª avaliação), codificadas segundo a *International Classification of Primary Care* – 2ª edição, com T90 – Diabetes não-insulino-dependentes; Intervenção: Medidas educacionais; **Critérios de Inclusão:** Mulheres vigiadas em Consultas de DM; ≥ 65 anos; Critérios de qualidade: Insuficiente (<35%); Suficiente (35-65); Bom ($\geq 65\%$); Variáveis: Idade; Diabetes Mellitus; Osteodensitometria; Análise estatística: SPSS®

Resultados: Na 1ª avaliação das 278 mulheres com ≥ 65 anos de idade diabéticas, 11,5% (n=32) realizaram osteodensitometria. Das osteodensitometria efetuadas 37,5% diagnosticaram osteopenia e 28,1% osteoporose.

Na 2ª avaliação, após medidas educacionais, das 300 mulheres com ≥ 65 anos diabéticas, 35,7% (n=107) realizaram osteodensitometria. Das osteodensitometria efetuadas 41,5% diagnosticaram osteopenia e 24,4% osteoporose.

Discussão: Podemos concluir que com a realização deste trabalho conseguimos uma melhoria do padrão de qualidade de insuficiente (11,5%) para suficiente (35,7%). No entanto, devemos melhorar continuamente a prescrição de osteodensitometria nos idosos, sobretudo com fatores de risco associados como a DM, de forma a conseguir um diagnóstico atempado de osteoporose e a prevenção de eventuais complicações.

P 122

DE BOCA BEM ABERTA... ABORDAGEM DA PATOLOGIA ORAL NO IDOSO

Ana Mordomo, Rita Morão, Ricardo Cunha
USF Arco-Íris

Introdução: O envelhecimento acarreta alterações estruturais e fisiológicas que predis põem à ocorrência de algumas patologias orais, para as quais o Médico de Família deve estar atento, para poder reconhecê-las e tratá-las atempadamente.

Objetivo: Fazer uma revisão clássica das principais alterações e patologias orais nos idosos

Metodologia: Efectuou-se uma pesquisa de artigos de revisão na Medline/Pubmed, utilizando os termos *MeSH oral health* e *elderly*, limitando a pesquisa a publicações dos últimos 5 anos, em português e inglês.

Resultados: Dos 30 artigos encontrados seleccionaram-se 6 revisões. Com o envelhecimento ocorrem alterações na estrutura dos dentes, gengivas e ligamentos periodontais que aumentam o risco de algumas patologias. Nos idosos as mais frequentes são as cáries dentárias, a gengivite, a periodontite, a xerostomia, a candidíase e as neoplasias orais. A diminuição de saliva, a institucionalização, os deficientes hábitos de higiene dentária e as limitações físicas constituem outros factores de risco. A gengivite e a periodontite são importantes patologias que diminuem a qualidade de vida e podem levar à perda de peças dentárias, associando-se ainda a doença cardiovascular, pior controlo metabólico na diabetes e a pior capacidade de cicatrização de feridas. O tabaco e o álcool são responsáveis pela maioria dos casos de cancro oral, com particular atingimento da língua, lábios

e pavimento da boca. Todas as lesões suspeitas devem ser avaliadas em consulta especializada.

Conclusão: A população geriátrica é particularmente atingida por múltiplas patologias orais evitáveis e tratáveis, sendo essencial que os clínicos as conheçam.

P 123

QUANDO A DEPRESSÃO E A DEMÊNCIA SE CONFUNDEM...

Joana Martins Nunes, Ana Matos, Mafalda Costa
USF Oeiras

A demência pode no idoso confundir-se com depressão, uma situação comum neste grupo etário, pouco valorizada. Com uma população envelhecida é essencial o papel do médico de família (MF), com posição privilegiada na detecção destas situações pela proximidade do utente e da família.

Mulher de 84 anos com primeira consulta no MF em outubro de 2014 após voltar da Alemanha, onde foi emigrante. Veio viver com a filha por estar sozinha e precisar de apoio, embora contrariada. Trata-se de uma utente diabética não insulino-tratada (com nefropatia) e hipertensa. A destacar ausência de doenças neuropsiquiátricas conhecidas na família.

A partir dos 82 anos de forma progressiva a filha foi notando que a mãe se esquecia das datas de aniversário, nomes e significado das coisas e perguntava várias vezes a mesma coisa. Em internamento em 2014 a utente é referenciada a consulta de Neurologia para estudo das alterações cognitivas. Perante as hipóteses de depressão vs déficit cognitivo iniciou anti-depressivo e foi submetida a avaliação neuropsicológica que foi compatível com síndrome demencial. Na consulta do MF a utente mostra-se deprimida e pouco colaborante, a filha refere que mantém esquecimentos sobretudo factos recentes e necessita de supervisão na medicação e refeições.

O MF e a sua equipa assumem o papel de orientação entre as várias especialidades hospitalares, sobretudo em situação de patologias dúbias e sobrepostas (caso do síndrome demencial e depressivo deste caso). Tem um papel de integrador dos cuidados e está disponível para apoio continuado quer à utente quer à filha como cuidadora.

P 124

MÉDICO COMO FÁRMACO COADJUVANTE: COMBATE À POLIMEDICAÇÃO DO IDOSO

Ana Rita Matos¹, Mafalda C. Cachorroiro¹, Joana Nunes¹,
Joana Azeredo²

¹USF Oeiras, ²USF S. Julião

Relato de caso: A relação médico-doente pode ser considerada um recurso na terapêutica não farmacológica do idoso, ajudando no combate à polimedicação.

Mulher de 92 anos, viúva, reside sozinha, independente nas AVD's. Tem apoio diário de empregada e de um filho, contudo à noite está sozinha.

Inicia em 2007 quadro de Presbiacusia bilateral com utilização de prótese auditiva unilateral, com agravamento progressivo da acuidade auditiva. A paciente reagiu sempre a esta condição com grande revolta abandonando o seguimento em Otorrinolaringologia.

Em consulta no médico de família em Fevereiro 2015, apresenta-se ansiosa relacionando com isolamento causado pela surdez, "passo o dia sozinha". Reavaliou-se em Março 2015, onde comparece à consulta o filho que refere isolamento, anorexia, irritabilidade e recusa em ter companhia. Nega alterações comportamentais ou cognitivas,

mas refere ideias de morte (afirma que irá falecer nesse mês tal como outros familiares) sem ideiação suicida.

Dado o quadro programou-se visita domiciliária nesse dia, onde a utente demonstrou tristeza perante a sua surdez, mas o filho refere melhoria do humor perante a visita médica. A paciente não apresentava alterações do exame objectivo.

Acordou-se um plano com a utente de passar as noites em casa dos filhos, bem como retomar o seguimento nas especialidades hospitalares.

A facilidade de programar uma visita domiciliária foi uma mais-valia pois permitiu elaborar um plano com a paciente, respeitando a sua vontade, ao invés de simplesmente medicar uma depressão. Assim, a polimedicação pode ser combatida muitas vezes com medidas de suporte emocional e familiar, contribuindo para o bem-estar do idoso.

P 125

DETERMINAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS DESNUTRIDOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE

Carla Moreira¹, Rafael Sousa¹, Jorge Demar Santos¹, Rui Oliveira¹, Sérgio Aleixo², Anne-Marie Ferreira³

¹USF Infante D. Henrique, ²USF Viseu Cidade, ³USF Terras de Azurara

Introdução: Dada a variabilidade dos idosos, o estudo de prevalência da desnutrição não é fácil. A desnutrição pode dever-se a múltiplos fatores de ordem médica, educacional, económica, social, entre outros.

O Índice de Massa Corporal (IMC kg/m²) permite identificar de forma rápida os extremos de malnutrição (desnutridos e obesos). Foi estabelecido que idosos com IMC <21 são considerados desnutridos.

Objetivos: Determinação da % de idosos desnutridos e sua caracterização clínica.

Métodos: Estudo observacional, descritivo, transversal, sobre os utentes ≥65 anos da Unidade. Incluíram-se os utentes com IMC avaliado e cujo valor era <21; excluíram-se aqueles sem contacto médico recente. Fonte de dados: Processo Clínico MedicineOne®, tratados pelo Microsoft Excel 2010®.

Resultados: Dos 2524 idosos da Unidade, 3,37% tinham IMC <21, incluindo-se 77 utentes (76,62% ♀). Média de idades 79 anos.

Encontraram-se 9,09% idosos Dependentes; 23,38% Dependentes Parciais; 67,53% Independentes.

Em 74,03% casos, coexistem 1-3 patologias e em 25,97% 4-6. Entre outras comorbilidades, destacam-se as mais frequentes: 74,03% Patologia Cardiovascular; 35,06% Patologia Osteoarticular; 33,77% Patologia Psiquiátrica; 12,99% Patologia Neoplásica; 12,99% Alcoolismo.

Diariamente 55,84% consomem ≥5 fármacos; 32,47% 2-4 e 11,69% 1 ou nenhum.

Discussão: A % de desnutrição alcançada (3,37%) está de acordo com a literatura, que refere 1 a 15% nos idosos em ambulatório.

A maioria são Independentes e a Patologia Cardiovascular é a mais prevalente (74,03%), sem menosprezar a elevada % de polimedicação.

Este estudo serviu de alerta para a existência da desnutrição! Ao IMC, pelas suas limitações, devem ser associados outros indicadores, garantindo a acurácia da avaliação nutricional.

P 126

A SEXUALIDADE É PARA TODAS AS IDADES – UM CASO INSÓLITO

Fátima Cordeiro, Lara Tomás
USF Lusitana

Mulher, 65 anos, casada, com antecedentes de obesidade, HTA, hipercolesterolemia, esteatose hepática e lombociatalgias recorrentes. Recorreu ao centro de saúde por prurido na região vulvo-vaginal com início há cerca de uma semana e com agravamento progressivo. À observação apresentava leucorreia espessa e aderente, com congestão das paredes vaginais e eritema vulvar. Por suspeita de candidíase genital foi medicada com sertaconazole 300mg óvulo (Dermofix®) e foi também recomendado a aplicação de estriol 1 mg/g creme vaginal (Ovestin®)

Trata-se de uma doente com vaginoses bacterianas frequentes. Quando questionada acerca de possíveis fatores de risco refere relações sexuais pouco frequentes, higiene íntima regular e negava toma recente de antibióticos. No entanto, referiu que ocasionalmente recorre à masturbação com “lambidelas da cadela” porque “lhe tinham dito que era bom”.

Foi realizada educação para a saúde, com reforço aos hábitos de higiene genital e foram propostas outras modalidades de masturbação para evitar novas infecções.

A sexualidade é transversal a todas as idades e na terceira idade é um assunto suprimido pela população idosa por envolver valores culturais e morais que são moldados no decorrer da sua vida em sociedade e ainda por se considerar que nesta etapa do ciclo vital o indivíduo se torna num ser assexuado. É importante reconhecer a importância desta temática e abordar sistematicamente o tema no contexto de consulta.

P 127

PALPITAÇÕES EM IDOSA ANSIOSA – RELATO DE CASO CLÍNICO

Sara Tavares, Bela Alice Costa, Ana Temes
USF Nuno Grande

As palpitações constituem um motivo frequente de consulta nos Cuidados de Saúde Primários. Dada a variedade de diagnósticos diferenciais, a anamnese e o exame objetivo cuidados ajudam a estratificar o risco e a diferenciar uma etiologia cardíaca, endócrina ou psicogénica.

Mulher de 84 anos, autónoma, a residir com o marido, com antecedentes de HTA bem controlada, dislipidemia e valvulopatia mitral reumática com hipertensão pulmonar associada, submetida a intervenção cirúrgica em 07/2014. Atualmente medicada com furosema, perindopril/indapamida, amiodarona e digoxina.

Recorreu à consulta a 20/04/2015 por quadro de palpitações com dois dias de evolução, associadas a tonturas, cansaço e ansiedade. Referia ainda insónia inicial. Ao exame objetivo apresentava-se ansiosa, taquicárdica, com pulso rítmico e sem alterações de novo na auscultação cardiopulmonar. Foi medicada com mexazolam e requisitou-se eletrocardiograma e estudo analítico.

Em consulta subsequente, apresentava-se mais calma mantendo queixas de palpitações, objetivando-se pulso arritmico com frequência controlada. Os MCDT requisitados evidenciavam hipotireoidismo subclínico, bloqueio completo de ramo direito e fibrilação auricular (FA) de novo, com frequência controlada. Atendendo à sintomatologia e aos antecedentes de valvulopatia mitral referenciou-se para consulta externa de Cardiologia.



A 18/05/2015 recorreu a consulta aberta por precordialgia com irradiação dorsal, de início nessa madrugada, sem fatores precipitantes ou agravantes. Realizou eletrocardiograma salientando-se ondas T invertidas “de novo”. Foi referenciada ao serviço de urgência e realizou MCDT que evidenciaram enfarte agudo do miocárdio sem supraST. Com este caso clínico pretendemos rever a abordagem das palpitações no idoso e abordar as controvérsias do tratamento da FA nesta faixa etária.

P 128

POLIMEDICAÇÃO NO DOENTE IDOSO - O RETRATO DE UMA POPULAÇÃO DO INTERIOR

Bela Alice Costa, Sara Tavares, Ana Temes
USF Nuno Grande

Introdução: Com o desenvolvimento da medicina e o aumento da esperança média de vida a prevalência de polimedicação no idoso aumentou. Esta problemática tem sido alvo de reconhecimento crescente, salientando-se a importância de ponderar o risco-benefício da farmacoterapia nesta faixa etária em que a prevenção quaternária assume particular relevo.

Objetivos: Caracterizar a prescrição anual de fármacos aos utentes com mais de 85 anos inscritos na USF Nuno Grande

Métodos: Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo e descritivo com pesquisa de dados nos processos clínicos dos utentes com mais de 85 anos inscritos na USF Nuno Grande. As variáveis estudadas foram: sexo; idade; número de consultas na USF, hospital e em urgência; número de internamentos; número de fármacos crónicos e de fármacos/classes farmacológicas diferentes prescritos no último ano. Na análise estatística recorreu-se ao SPSS® v.21, sendo excluídos os dados de utentes falecidos ou sem consulta na USF há mais de três anos.

Resultados: Foram analisados dados de 352 utentes. Verificou-se que a maioria faz cronicamente mais de cinco fármacos, sendo frequente a prescrição de mais do dobro. Este valor correlaciona-se positivamente com o número de recursos ao serviço de urgência. Nos fármacos mais prescritos destacam-se: anti-hipertensores, benzodiazepinas e antibióticos.

Conclusões: A polimedicação no idoso é uma realidade com expressão crescente. Os clínicos deverão atender aos estudos de custo-benefício, apostar em medidas de alteração dos estilos de vida, promovendo um envelhecimento ativo e saudável. O médico de família deverá rever periodicamente a medicação, tentando minimizar os efeitos adversos e os exágeros prescritivos.

P 129

PARA LÁ DA DOR ARTICULAR – UM RELATO DE CASO

Bela Alice Costa, Sara Tavares, Ana Temes
USF Nuno Grande

As queixas osteoarticulares são um dos principais motivos de consulta nos Cuidados de Saúde Primários e causa importante de incapacidade no idoso. Apesar de a patologia degenerativa ser mais prevalente, o clínico deve estar atento a outras entidades sistémicas. A esclerodermia é uma doença auto-imune, caracterizada por alterações vasculares, mais frequente nas mulheres entre os 25 e os 55 anos, tem uma prevalência estimada de 2 em 20 milhões de pessoas-ano e uma expressão clínica muito variada.

Mulher de 75 anos, autónoma, com antecedentes de osteoartrose da anca e joelho, hipertensão arterial e esofagite de refluxo grau I.

Recorreu à consulta por dor nas articulações interfalângicas e metatarsofalângicas bilateralmente, associada a fenómenos de Raynaud, com duas semanas de evolução. Negava febre, rigidez, alterações dos olhos e pele e qualquer outra sintomatologia. Ao exame objetivo apresentava espessamento da pele, mãos em rajada de vento, ulcerações nas extremidades digitais e sinais inflamatórios nas articulações das mãos e pés.

Iniciou prednisolona e amlodipina, suspendeu o cálcio e realizou MCDT que não revelaram qualquer alteração, à excepção de apresentar Anticorpos Anti-nucleares positivos com padrão centromérico. Foi encaminhada para a consulta de doenças auto-imunes com suspeita de esclerodermia, realizou capilaroscopia que revelou distorsão da arquitetura capilar, confirmando o diagnóstico.

Este caso clínico pretende demonstrar a importância da caracterização dos sintomas osteoarticulares na população idosa, a fim de controlar o seu impacto na qualidade de vida e de excluir outras patologias sistémicas de apresentação tardia, cuja intervenção vai para além do controlo da dor.

P 130

PNEUMONIA ORGANIZATIVA CRIPTOGÉNICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Lúis Oliveira Leal¹, Paulo Gonçalves², Andreia Luís², Rita Corceiro², Sara Almeida³

¹Interno de Medicina Geral e Familiar da USF Planalto, do 3º ano de formação específica, ²Interno de Medicina Geral e Familiar da USF Planalto, do 4º ano de formação específica, ³Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar da USF Planalto

Introdução: A Pneumonia Organizativa Criptogénica (POC) é uma doença pulmonar rara, em que as pequenas vias aéreas apresentam inflamação que se estende ao tecido conjuntivo circundante, formando uma pneumonia intersticial, porém de origem desconhecida. Geralmente começa com um síndrome gripal associado a febre, mal-estar, fadiga e tosse. Pode também ocorrer dispnéia para pequenos esforços e perda de peso.

Os exames de imagem revelam padrão característico, mas só a biópsia pulmonar confirma o diagnóstico.

Caso Clínico: M.C.M.S., do sexo feminino, 86 anos, antecedentes pessoais de HTA, FA (anticoagulada), DM tipo 2 e Pneumonias de repetição. Em Abril de 2014 inicia queixas de cansaço, dispnéia para pequenos esforços e tosse seca não produtiva. Não apresentava febre. Ao exame objetivo exibia fevres crepitantes no 1/3 inferior de ambos os hemitóraces. Apesar do aparente controlo das patologias de base, e de não apresentar alterações analíticas relevantes, pediu-se Raio X do Tórax (revelando “bronquiectasias com predomínio à esquerda”). No seguimento da investigação diagnóstica foi efetuada TC torácica, em que se identificaram dois nódulos ao nível dos lobos pulmonares superiores. A doente foi de seguida encaminhada para a consulta de Pneumologia do Hospital Distrital de Santarém.

Conclusão: No acompanhamento feito pela Pneumologia, foi submetida a biópsia trans-torácica que confirmou o diagnóstico de POC. Iniciou terapêutica com corticoterapia sistémica, tendo vindo a verificar-se melhoria clínica e radiológica significativa.

Apesar de ser uma condição rara, a POC deve ser uma hipótese diagnóstica a considerar, sobretudo perante um quadro semelhante a pneumonia que não resolve com a antibioterapia empírica.

P 131

IDOSO CORREDOR – A ANEMIA À ESPREITA

Joana Parente¹, Catarina Ferreira Leite², Paula Ferreira¹,
Marta Ferreira¹, Joana Araújo¹, Maria José Menezes¹

¹USF São Lourenço, ACES Cávado I, Braga; ²USF AmareSaúde, ACES Cávado II

Introdução: A prática de exercício físico é cada vez mais observada, figurando entre as atividades mais comuns a corrida. Muitos corredores iniciam a atividade em idades jovens, mantendo-a durante anos, inclusive enquanto idosos. Anemia ou níveis de hemoglobina no limite inferior são encontrados nos corredores. Nos idosos, a anemia das doenças crónicas é comum. Conjugando a possibilidade da referida anemia que uma percentagem significativa de idosos apresenta, com a probabilidade de ocorrência de anemia causada pela corrida, irão deste modo os idosos corredores apresentar um risco cumulativo de anemia?

Objetivos: Avaliar a possibilidade de risco aumentado de anemia em idosos corredores.

Material e métodos: Revisão da literatura referente ao tema.

Resultados: A anemia é comum nos idosos, pela sua maior probabilidade de doenças crónicas, como doença renal crónica, doenças inflamatórias, deficiências nutricionais, entre outras. Quanto aos corredores contínuos, estes apresentam tendência para deficiência de ferro, baixas concentrações séricas de ferritina e reservas de ferro diminuídas na medula óssea, explicadas pela alteração na massa eritrocitária circulante e no volume plasmático, com desvio das reservas dos tecidos reticuloendoteliais para locais extramedulares, e não propriamente pelo défice de ferro. Estas alterações não têm importância clínica excepto quando associadas a causa grave de anemia, que poderá ser ou não uma das doenças crónicas do idoso.

Discussão/Conclusão: A corrida não potencia o desenvolvimento ou agravamento de anemia. No caso de idoso portador de doença crónica, essa probabilidade aumenta. Todavia, mais estudos são necessários em idosos corredores, dado que correspondem a uma fatia crescente de indivíduos e os estudos são atualmente escassos.

P 132

ABORDAGEM DA INSÔNIA NO IDOSO

Rita Matias Corceiro Andreia Luís Paulo R. Gonçalves Oliveira Leal
USF Planalto

Introdução: Mais de 50% das pessoas não institucionalizadas e com mais de 65 anos, têm problemas crónicos com o sono. O sono tem importantes funções, tais como, a restauração de tecidos, a conservação de energia e a organização da memória. A insónia caracteriza-se por dificuldade em iniciar ou manter o sono, despertar precoce, ou sono não reparador, com impacto significativo no funcionamento diurno do indivíduo. A insónia afeta a qualidade de vida, favorece o declínio físico e cognitivo, causa alterações de humor e da função imunitária e aumenta o risco de acidentes e quedas, constituindo uma das principais causas de institucionalização no idoso. A sua prevalência aumenta com a idade, sendo uma patologia muito comum nos Cuidados de Saúde Primários. Tem-se verificado um consumo abusivo de benzodiazepinas para tratamento da insónia nos doentes idosos, com efeitos adversos importantes, como por exemplo, sedação diurna, prejuízo cognitivo, amnésia anterógrada, ataxia, relaxamento muscular, dependência e privação. Deste modo, é de grande importância saber abordar esta patologia no doente idoso, de forma a fazer uma correta orientação diagnóstica e terapêutica.

Objetivos: Conhecer a abordagem da insónia no doente idoso, por forma a evitar o uso abusivo de benzodiazepinas.

Metodologia: Revisão bibliográfica em livros de texto, artigos e guidelines actuais.

Resultados: A abordagem deve começar pela colheita da história do sono e pela exclusão de causas psiquiátricas, médicas ou abuso de substâncias. O tratamento deve, em primeiro lugar, identificar e remover fatores ambientais contributivos para a manutenção da insónia e estabelecer uma boa “higiene do sono”. A terapêutica farmacológica contempla as benzodiazepinas de curta duração, por pouco tempo e na menor dose eficaz, os antidepressivos com propriedades sedativas e os neurolépticos em baixas doses.

Discussão/Conclusões: A insónia é muito prevalente nos idosos, constituindo uma das principais causas de institucionalização. O tratamento deve começar pela adoção de uma higiene do sono adequada, com estimulação diurna e redução do tempo passado na cama. Não devem ser usadas as benzodiazepinas de semi-vida prolongada, nem de forma crónica.

P 133

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS REGISTOS, NOS 3 GRUPOS PROFISSIONAIS, NOS DOENTES DEPENDENTES COM ÍNDICE DE BARTHEL ≤ 55

Joana Silva¹, Lígia Silva¹, Pedro Couto¹, Pedro Mendes¹, Rosa Barreira¹, Fabiana Peixoto¹, Margarida Aguiar², Ana Paula Reis³, Bessa Cardoso³, Carla Santos⁴, Carla Rocha⁵, Elisabete Almeida⁴, Lúcia Silveira⁶, Lucinda Salvador⁷

¹Interno de Formação Específica em MGF na USF Valongo, ²Assistente Graduada Sénior de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ³Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ⁴Assistente de Medicina Geral e Familiar, USF Valongo, ⁵Secretária Clínica, USF Valongo, ⁶Enfermeira, USF Valongo, ⁷Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, USF Valongo

Introdução: Perante o envelhecimento progressivo da população, torna-se preponderante a garantia da qualidade dos cuidados prestados ao doente dependente.

Objetivos: Avaliar e garantir a qualidade dos registos na avaliação dos doentes dependentes, atingindo o Padrão de Qualidade Global mínimo de 80%.

Material e métodos: Estudo observacional e retrospectivo; População e amostra: Todos os utentes com índice de Barthel (IB) ≤ 55 , vigiados na USF Valongo; Variáveis: registo efetivado ou não efetivado nos diferentes indicadores em avaliação; Fontes de dados: documento de avaliação dos doentes dependentes e registo clínico;

Resultados: Selecionaram-se 50 utentes em 2013 e 40 em 2014. Nos registos do IB no SAM houve uma melhoria de 38% para 55% e no registo do IB no SAPE obteve-se uma subida de 78% para 80%. Os registos do IB no documento nos dois semestres e do telefone do cuidador desceram o seu Padrão de Qualidade (PQ). O registo de uma avaliação por semestre e do nome do cuidador desceram percentualmente mas mantiveram o PQ. A equipa do secretariado obteve um Índice de Cumprimento em todos os parâmetros superior a 95% em 2013, descendo abaixo dos 90% no arquivo correto, número de utente e telefone no ano seguinte. Estas variações não apresentaram na sua maioria significado estatístico.

Discussão: Não tendo sido atingidos os alvos definidos pela equipa, foram adotadas novas medidas corretivas após a apresentação dos resultados. Adicionalmente, este projeto promoveu a autoavaliação e articulação da própria equipa para alcançar critérios de excelência no



atendimento e vigilância do utente dependente.

P 134

OS TRÊS “DS” DA GERIATRIA PSIQUIÁTRICA: DEMÊNCIA, DEPRESSÃO E DELÍRIUM – COMO DISTINGUI-LOS?

Sara Baptista, Renata Almeida e Joana Gonçalves
USF São Julião, Figueira da Foz

Introdução: A demência, depressão e delirium são consideradas os 3 Ds da geriatria psiquiátrica e representam um desafio diagnóstico nos idosos. Existe sobreposição na sua apresentação e por vezes coexistem, dificultando o diagnóstico diferencial. A avaliação inicial correta permite adequação terapêutica.

Objetivos: Sistematizar quadros clínicos de apresentação das três entidades e enunciar aspetos práticos que permitam distingui-las. Pesquisa sistemática de artigos científicos na *Pubmed* e *Cochrane* publicados nos últimos 5 anos, com os termos *MeSH depression, dementia, diagnosis and elderly*. Pesquisa de trabalhos portugueses no RCAAP e livros de geriatria.

Resultados: Demência é uma condição adquirida, progressiva, caracterizada por declínio intelectual e/ou comportamental. Uma história clínica complementada por outro, associada a testes cognitivos permite, muitas vezes, diagnosticá-la. *Delirium* afeta principalmente idosos com comorbilidades ou declínio cognitivo prévio. Deve-se suspeitar deste em alterações do estado mental agudas, sendo que existem habitualmente fatores precipitantes. Está associado a declínio funcional e risco de desenvolvimento ou agravamento de demência. O subtipo hipoativo pode confundir-se com depressão. As perturbações depressivas caracterizam-se por tristeza profunda e/ou anedonia, sendo que nos idosos a depressão apresenta-se mais vezes de forma atípica. O declínio cognitivo pode estar presente e manter-se após depressão. A Escala de Depressão Geriátrica auxilia na avaliação dos sintomas.

Discussão/Conclusão: A distinção entre demência, depressão e delirium pode fazer-se por características de apresentação dos sintomas, como rapidez de instalação, fatores precipitantes, nível de consciência, duração, défices cognitivos, comportamento psicomotor e alterações de humor.

P 135

QUEDAS NO IDOSO – ABORDAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Cátia Brites¹, Sara Cardoso², Maria Cândida Silva³

¹Centro de Saúde de Alvalade, USF do Parque, ²USF Conchas,

³USF Carnide Quer

Introdução: As quedas no idoso são frequentes e um dos fatores de risco major para a perda de independência no indivíduo. São resultado de alterações em vários domínios que comprometem a capacidade compensatória do idoso. Sendo uma peça importante na prestação de cuidados aos idosos residentes na comunidade, o Médico de Família deve ter na sua posse ferramentas para avaliar o risco de queda e proceder à sua prevenção.

Objetivos: Rever as recomendações para a abordagem das quedas em doentes idosos residentes na comunidade.

Material e métodos: Revisão narrativa efetuada através da pesquisa nas bases de dados *Medline*, *Uptodate* e *b-On* e na revista *American Family Physician* dos termos *MESH Falls, Accidental e Elderly* ou *Aged*.

Resultados: Nas quedas no idoso estão implicados factores intrin-

secos e extrínsecos, que interagem aumentando a vulnerabilidade do indivíduo. Dos múltiplos fatores de risco existentes, destacam-se: antecedentes de queda, diminuição do tónus muscular dos membros inferiores, sexo feminino, alterações cognitivas e uso de fármacos psicotrópicos. O exame físico deve incluir a avaliação da estabilidade postural (com ou sem avaliação da marcha) e pesquisa de hipotensão postural, hipoacusia e acuidade visual. Os meios complementares de diagnóstico apenas devem ser solicitados em casos selecionados. Para a prevenção das quedas são fundamentais as medidas gerais/ambientais, podendo ser ponderadas algumas medidas farmacológicas.

Discussão/Conclusões: A avaliação multifatorial é o pilar da abordagem das quedas no idoso. Deve ser feita em todos os doentes após uma queda, permitindo a identificação de idosos em risco e a instituição de medidas preventivas.

P 136

“TENHO QUEIJO NA GARGANTA” – CASO CLÍNICO

Raquel Coimbra, Ana Clara Moreira, Joana Castro,
Joana Filipa Barreira, Olga Oliveira, Rosa Nogueira dos Santos
USF Viver Mais

Enquadramento: O cancro oral é a sexta neoplasia mais comum a nível mundial. Os principais fatores de risco são o tabaco, hábitos etílicos, sexo masculino e idade >40 anos. O diagnóstico é frequentemente tardio e a taxa de mortalidade mantém-se elevada.

Descrição do caso:

65 anos, sexo feminino

AP: esquizofrenia, DM2 e incontinência urinária.

Fumadora (3 maços/dia, 130 UMA).

S) Recorreu à USF em 15/01/2015 por dor torácica após queda dois meses antes, com agravamento recente das queixas álgicas, “por não conseguir engolir os analgésicos” (sic). Negava disfagia para sólidos ou líquidos. Sem queixas constitucionais.

O) Auscultação normal. Dor à palpação da grade costal à direita. Orofaringe: volumosa neoformação no palato mole à esquerda, de aspeto queratinizado, com desvio da úvula.

A) D77 - OUTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS DO APARELHO DIGESTIVO, NE?

P) Proposto envio ao SU de Otorrinolaringologia, explicando que foi observada uma alteração na orofaringe, ao que a doente respondeu: “Doutora, isso que eu tenho na garganta é queijo! Está aí há meses!” No SU foi encaminhada para consulta de ORL. Biópsia: “Neoplasia maligna com características de carcinoma epidermóide não queratinizante”. Estadio cT3/T4N2bMo (invasão ganglionar). Atualmente sob QT+RT.

Discussão: O Médico de Família (MF) gere simultaneamente problemas agudos e crónicos. Nesta doente, a doença psiquiátrica e a ideia delirante de “ter queijo na garganta” levaram a que não valorizasse a sensação de corpo estranho na orofaringe e foi um sintoma mais tardio como a disfagia, ao originar dificuldade no controlo de queixas álgicas, que motivou a ida à MF.

P 137

UM CASO DE OSTEOARTROSE SECUNDÁRIA

Ana Marlene Antunes Barros
USF do Minho, ACeS Cávado, Braga

Enquadramento: A osteoartrose é a patologia mais frequente no ser humano e continuará a aumentar dada a sua associação com o envel-

lhhecimento. As artroses podem ser primárias ou secundárias, sendo esta divisão importante devido ao tratamento. Ao contrário da artrose primária, cuja causa é desconhecida, a artrose secundária pode ser devida a fraturas antigas, microtraumatismos repetidos, doenças inflamatórias ou metabólicas, que tenham atingimento cartilágneo. Este caso descreve uma situação de osteoartrite secundária, que tem na sua base uma causa prevalente na população idosa.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 72 anos, raça caucasiana, reformada de costureira. Antecedentes pessoais de fibromialgia, medicada com pregabalina 150mg/dia e amitriptilina 2.5mg/dia. Sem antecedentes familiares de relevo. Seguida em consulta hospitalar de reumatologia, por gonalgias e artralguas dos punhos de ritmo misto. Realizou radiografias aos joelhos e punhos, que revelaram deposição de cristais de pirofosfato de cálcio nos meniscos e no ligamento triangular do carpo (condrocalcinose). Analiticamente apresentava um défice de vitamina D e um hiperparatiroidismo secundário a esse défice. Foi medicada com corticoterapia em baixa dose e vitamina D, revertendo o hiperparatiroidismo, diminuindo a deposição dos cristais e melhorando a sintomatologia da doente.

Discussão: Neste caso, o défice de vitamina D foi o precursor de um quadro clínico que culminou em osteoartrite, passando por um hiperparatiroidismo secundário e associando-se a uma artropatia microcristalina, a condrocalcinose. Este caso clínico alerta-nos para o estudo de causas secundárias de osteoartrite, nomeadamente na população idosa, onde o défice de vitamina D se revela prevalente.

P 138

AVALIAÇÃO GERIÁTRICA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Sara Afonso Azevedo; Clara Penada; Eva Marona Serra; João Soares Ferreira
USF Almeida Garrett, USF Vale do Sorraia, USF Almeida Garrett, USF S. Domingos

Introdução: A avaliação geriátrica constitui um enorme desafio para os serviços de saúde, nomeadamente para os cuidados de saúde primários (CSP). Assim, a implementação e melhoria de programas de intervenção geriátrica que promovam respostas que satisfaçam as necessidades específicas da população idosa reveste-se de extrema importância, tendo em consideração o envelhecimento populacional.

Objetivos: Identificar e compreender a abordagem mais adequada para promover a saúde dos idosos nos CSP.

Material e métodos: Pesquisa sistemática de artigos publicados nas bases de dados médicas *Medline/Pubmed* e sítios de Medicina Baseada na Evidência (*Cochrane Library, Bandolier, DARE*), utilizando o termo *MeSH: geriatric assessment*. Foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician* para a atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação.

Resultados: A avaliação geriátrica integral (AGI) constitui-se, atualmente, como gold-standart na intervenção geriátrica. Este modelo de cuidados aos idosos é um processo de avaliação e diagnóstico multidisciplinar e interdisciplinar, que identifica a necessidade de cuidados e desenvolve um plano coordenado para os mesmos. Deste modo, a avaliação geriátrica não se foca apenas nas doenças, como acontece no modelo biomédico tradicional, incluindo vários outros domínios (avaliação da saúde física e mental, capacidade funcional, social e ambiental).

Discussão/Conclusões: A AGI é um modelo pouco conhecido e aplicado nos CSP. Assim, reveste-se de extrema importância aumentar

a sensibilização da equipa de CSP para os cuidados necessários na população idosa e aumentar o conhecimento sobre a AGI, de forma a poder promover a saúde dos idosos.

P 139

NEOPLASIAS MALIGNAS DO APARELHO DIGESTIVO NO IDOSO E FATORES DE RISCO ASSOCIADOS

Joana Castanheira, Margarete Costa, Marta Fernandes
USF de Fiães

Introdução: As neoplasias malignas do aparelho digestivo (NMAD) estão entre as neoplasias mais frequentes em Portugal, condicionando elevada mortalidade e incapacidade, especialmente a partir dos 65 anos. Para além da hereditariedade, existem vários fatores de risco (FR) modificáveis comuns às NMAD: obesidade, tabagismo, consumo excessivo de álcool, Diabetes Mellitus (DM), entre outros. Além de contribuírem para o desenvolvimento das NMAD, podem aumentar a mortalidade e prejudicar a qualidade de vida no idoso.

Objetivos: Caracterizar os diagnósticos de NMAD nos utentes idosos e determinar a presença de FR associados a estas neoplasias.

Material e métodos: Estudo observacional descritivo retrospectivo. **População:** indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na USF Fiães, com diagnóstico ativo de NMAD, em 2014. Fonte de dados: MIM@UF® e SAM®. Variáveis: sexo, idade, NMAD, IMC, tabaco, álcool, DM. Análise de dados: Excel®.

Resultados: Identificaram-se 59 idosos com NMAD, sendo 61,02% do sexo masculino e a idade média de 76,51 anos. A neoplasia do cólon foi responsável por 79,66% dos casos, seguida das neoplasias do estômago (11,86%), pâncreas (1,69%) e outras (6,78%). Em 64,41% dos doentes foi encontrado pelo menos um FR, registando-se, por ordem decrescente de prevalência: obesidade (33,90%), consumo excessivo de álcool (32,20%), DM (32,20%) e tabagismo (5,08%).

Discussão/Conclusões: Concluiu-se que a maioria da população estudada apresentava pelo menos um FR modificável associado às NMAD, o que permitiu reforçar a necessidade de investimento constante em intervenções preventivas nestes fatores e promoção de hábitos de vida saudáveis, ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

P 140

CUIDADOS PERIOPERATÓRIOS NO DOENTE IDOSO: UMA POPULAÇÃO DE RISCO

Pedro Godinho, Lúcia Gonçalves, Joana Lavado, Paulo Muendane, Elisabete Valente
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: Com o aumento da esperança média de vida, o número de idosos submetidos a cirurgias tem aumentado exponencialmente. Esta população, por apresentar uma diminuição da reserva fisiológica, agravada pela presença de múltiplas patologias, distúrbios cognitivos e/ou polimedicação, requer cuidados especializados. É necessário uma adequação dos cuidados de saúde, com um envolvimento multidisciplinar dos diversos níveis de saúde (primários, secundários, terciários e domiciliários).

Objetivos: Dada a elevada complexidade clínica dos doentes, os desafios dos cuidados perioperatórios no idoso são enormes. Face a esta problemática torna-se essencial conhecer as características e necessidades deste grupo etário, o que permitirá uma otimização e melhoria de qualidade dos cuidados perioperatórios.

Material e métodos: Para a realização deste trabalho foi efetuada



uma pesquisa bibliográfica na base de dados *PubMed*, utilizando as seguintes palavras-chave: *Perioperative care e/ou elderly patient e/ou geriatric assessment e/ou surgery in elderly*. A seleção dos artigos baseou-se na sua atualidade (2004 a 2014) e na adequação ao tema.

Discussão/Conclusões: A população idosa, por apresentar diversas comorbidades (cardiovasculares, pulmonares, renais, hematológicas e musculoesqueléticas), representa um grupo de risco acrescido, quando submetida a cirurgia. Como tal, deve ser sujeita a um estudo pré-operatório pormenorizado, visando uma otimização clínica, bem como a um acompanhamento especializado durante todo o período perioperatório. Com esta revisão bibliográfica procuramos explicar e propor estratégias que visam uma melhoria de qualidade nos cuidados perioperatórios dos doentes idosos, proporcionando assim um maior conforto e uma diminuição das complicações pósoperatórias.

P 141

VIDA É MOVIMENTO, PARAR É SOFRER...

Andreia Correia, Ana Torres, Olga Salgado

USF Salvador Machado, ACeS Entre Douro e Vouga II

Enquadramento: A Síndrome de Imobilidade caracteriza-se pela perda de capacidade funcional e diminuição dos movimentos decorrentes de doença aguda ou crónico-degenerativa, incapacidade ou inatividade. Esta alteração compromete gravemente a saúde, causando consequências físicas e psíquicas que geram perda de independência, reduzindo o bem-estar.

Descrição do caso: Homem, 74 anos, reformado, ex-mecânico. Família nuclear, fase VIII Ciclo de Duvall. Antecedentes relevantes: Depressão, Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão Arterial, Insuficiência Cardíaca, Obesidade e Síndrome da Coluna Cervical.

Após Gripe em Janeiro/2015 que manteve o idoso em casa por longo período de tempo, inicia desequilíbrio na marcha, descontrolo postural e perda de força muscular com um mês de evolução. Associadamente com comportamento irritável, possessivo, agressividade verbal e perturbação do sono. A Médica de Família (MF) realizou um domicílio encontrando um utente dependente moderado (Índice Barthel) que previamente era autónomo. Elaborou relatório para integração deste na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Passados 45 dias de tratamento reabilitador no domicílio pela Equipa RNCCI do ACeS, tem alta do programa autónomo, com recuperação física e psíquica, satisfeito com os progressos na qualidade de vida e ambiente familiar.

Conclusão: O MF deve ser ativo na avaliação global do idoso, adotando uma abordagem holística. O domicílio é o espaço ideal de cuidados, permitindo aos intervenientes uma cooperação individualizada na reabilitação. Esta relação transforma-se em sentimentos de satisfação e valorização do utente/cuidador. Assim, o MF deverá articular com RNCCI para responder às necessidades dos utentes, contribuindo para ganhos de saúde e qualidade de vida e diminuição do sofrimento.

P 142

CUIDAR TAMBÉM EXIGE SER CUIDADO

Júlio Santos, Ana Luísa Pereira, Helena Santos

USF Salvador Machado, ACeS Entre Douro e Vouga II

Enquadramento: O *burnout* do cuidador e o luto patológico são situações que aumentam a incidência de depressão, sendo dos desafios mais difíceis que as pessoas enfrentam na terceira idade e que desencadeiam ou agravam as doenças preexistentes.

Descrição do caso: Mulher de 77 anos, reformada, com antecedentes pessoais de Diabetes Não Insulino-Dependente (T90), Hipertensão Arterial sem Complicações (K86) e Depressão (P76) desde 2006, controlada com Sertralina 50mg id. Pertencente a uma família nuclear no estadió VIII de Duvall. Marido com Demência de evolução rapidamente progressiva, ficando acamado (Barthel dependência total) em 2013. Face à perda afectiva do marido e desgaste de cuidar, procura o médico de família (MF) em Maio/2014 com quadro depressivo, referindo tristeza, fadiga, anedonia, perturbação do sono, exaustão e falta de apetite. Feitos vários ajustes da terapêutica antidepressiva e ansiolítica, mantém sintomas refractários aos tratamentos instituídos, chegando mesmo a desejar a morte do marido. O falecimento do marido ocorre em Agosto/2014. Desde aí, sente-se só, inicia ideias de culpabilidade, luto excessivo e descontrolo da diabetes (aumento da Hb A1c) que até então estava controlada só com anti-diabéticos orais. Referenciada para consulta de Psiquiatria em Fevereiro/2015, que a integrou em programa de psicoterapia, tendo vindo a melhorar.

Conclusão: O desgaste físico, psicológico e emocional, proporcionado pelos cuidados informais de doentes acamados e o luto patológico são eventos stressantes perante os quais os idosos poderão não encontrar estratégias de confrontação adequadas, exigindo do MF um olhar atento a estes eventos, de forma a prestar os melhores cuidados de saúde.

P 143

POR VEZES NÃO É APENAS MÁ CIRCULAÇÃO – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Vanda Ng Godinho¹, Vítor Martins², Filipa Afonso Vicente¹,

Helena Sousa¹, Liane Carreira¹

¹UCSP Vouzela, ²USF Viriato

Enquadramento: A Esclerose Sistémica é uma doença com uma prevalência relativamente baixa, mas provavelmente subestimada. As suas manifestações gerais inespecíficas e a subvalorização da clínica por parte dos utentes dificultam o seu diagnóstico. Dado o atingimento sistémico, é importante a vigilância constante dos órgãos potencialmente afectados para diminuição da morbidade.

Descrição do caso: J.A.A.R., 65 anos, sexo feminino, casada, reformada. Pertence a uma família nuclear no estadió VIII do Ciclo de Duvall. Vive com o esposo, cuja relação é conflituosa. Antecedentes pessoais ativos: Dislipidemia, depressão. Medicação habitual: sinvastatina; clonazepam; escitalopram. Antecedentes familiares relevantes: mãe faleceu com AVC aos 70 anos, avó materna com patologia cardíaca, dois tios maternos faleceram com +/- 60 anos de morte súbita. Recorreu à Consulta de Adultos no dia 06/02/2014 com queixas de cefaleias. Objectivamente apresentava TA de 150/90mmHg e fenómeno de Raynaud nas mãos que desvalorizava. Foram pedidas análises incluindo pesquisa de anticorpos anti-nucleares, anti-CCP e anticentrómero, VS, PCR. Optou-se por medicar a doente com pentoxifilina e vigiar valores de TA. Dois meses depois regressou à consulta com melhoria significativa das queixas. Do estudo etiológico pedido, destacava-se ANA's e anticorpos anticentrómero positivos. Optou-se pelo encaminhamento para Consulta Externa de Reumatologia, onde foi diagnosticada com Esclerose Sistémica limitada, mantendo o seguimento hospitalar.

Discussão: Na consulta, a abordagem ao doente não deve ser direccionada apenas à queixa principal, devendo-se realizar um exame físico minucioso. O médico de família tem um papel fundamental na avaliação e orientação do doente, mesmo quando este não valoriza as suas queixas.

P 144

SISTEMATIZAÇÃO DA ABORDAGEM DO DOENTE COM SUSPEITA DE DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Paula M Ferreira, Susana Rebelo, Marta Ferreira, Joana Parente, Joana Araújo

USF S. Lourenço, AceS Cávado; USF S. Miguel-o-Anjo, AceS Famação

Introdução: A demência caracteriza-se por um deterioro cognitivo progressivo de uma ou mais funções cerebrais, com um impacto negativo na qualidade de vida do doente. A sua prevalência aumenta com a idade, duplicando a cada 5 anos após a 7ª década de vida. Dado o seu carácter progressivo, é imperativo que os médicos de família reconheçam as manifestações clínicas e a abordagem inicial desta patologia, para promover o diagnóstico e encaminhamento precoces para os cuidados de saúde especializados.

Objetivos: Proposta de um algoritmo para a sistematização da abordagem do doente com suspeita de demência nos cuidados de saúde primários e uniformização dos critérios de referência para a Neurologia.

Métodos: Pesquisa bibliográfica na *PubMed*, utilizando como *MeSH terms*: *demencia, primary care and diagnosis*, publicados entre 2004 e 2014 e pesquisa no *UptoDate*.

Resultados: Da pesquisa na *PubMed* resultaram 64 artigos, dos quais foram seleccionados 8, após aplicação dos critérios de inclusão. Foram consideradas 6 revisões bibliográficas resultantes da pesquisa no *UptoDate*.

Discussão: A demência apresenta uma elevada prevalência entre a população idosa portuguesa, ocasionando angústia e perda de qualidade de vida, tanto ao doente como à sua família. Com o aumento da esperança média de vida, prevê-se que esta patologia se torne cada vez mais frequente. Assim, o seu diagnóstico precoce e a referência à Neurologia para a rápida implementação de estratégias que atrasem a progressão da doença são essenciais para a manutenção da qualidade de vida do doente durante o máximo de tempo possível.

P 145

TRAUMATISMO E DORSALGIA – CAUSA OU COINCIDÊNCIA

Filipa Godinho, António Teixeira, Carla Silva

Unidade de Saúde Familiar Santo António da Charneca

Enquadramento: Na prática clínica do médico de família, as queixas frequentes e aparentemente benignas mascaram por vezes patologias mais graves e menos comuns. A abordagem holística e o acompanhamento contínuo são essenciais no diagnóstico de determinadas patologias.

Descrição do caso: Apresenta-se o caso clínico de uma mulher de 71 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, perturbação depressiva, osteopénia, discartose da coluna lombar e sagrada e tendinite no ombro direito. Assintomática até Novembro de 2013, altura em que na sequência de uma queda da própria altura desenvolve uma dorsalgia persistente e de agravamento progressivo. Em Maio de 2014 recorre ao médico de família face à persistência de dorsalgia com irradiação para grelha costal esquerda, tipo moimha, agravada durante o repouso nocturno e com o movimento, ligeiro alívio sob terapêutica analgésica e anti-inflamatória. Ao exame objectivo da região afectada apresentava dor à palpação da região intercostal esquerda. Perante as hipóteses diagnósticas de fractura de costela, fractura de vértebra dorsal, hérnia discal dorsal ou estiramento muscular, foi pedida radiografia da coluna dorsal as-

sim como radiografia e ecografia da grelha costal esquerda, que não revelaram alterações. Pela persistência da sintomatologia algica foi pedido estudo complementar com tomografia computadorizada da coluna dorsal que revelou meningioma dorsal anterior e direito em D9, calcificado, e uma segunda lesão expansiva intra-canalar provável meningioma. Foi encaminhada para a consulta de neurocirurgia e foi submetida a intervenção cirúrgica em Setembro de 2014. Actualmente mantém queixas sensitivas com dor na grelha costal ligeira, sem sequelas motoras.

Conclusão: O caso apresentado pretende alertar para a importância do diagnóstico de acordo com os dados fornecidos pela história clínica do utente, mas também para a atitude crítica essencial na procura activa do diagnóstico quando as hipóteses colocadas não se confirmam. Neste caso em concreto a coincidência entre o traumatismo por queda e o início da dor induziu uma abordagem diagnóstica que não viria a esclarecer o motivo da dor num primeiro tempo.

P 146

VITAMINA D PREVENÇÃO? PAPEL DA SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA D NO RISCO DE QUEDA E FRATURAS NOS IDOSOS, UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Cláudia Pereira¹, Alfredo Pereira², Cláudia Teixeira³, Cristiana Carvalho⁴

¹USF Gualtar, ²USF Minho, ³USF S. Nicolau, ⁴USF Gualtar

Introdução: A vitamina D desempenha um papel importante ao nível do metabolismo ósseo, além de promover a função muscular e equilíbrio. Na população a sua ingestão dietética é geralmente baixa. O envelhecimento, além de estar muitas vezes associado à sua deficiência, constitui um fator de risco para quedas e fraturas.

Objetivos: Determinar se a suplementação isolada com vitamina D nos idosos diminui o risco de queda e fraturas.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica em base de dados Medline, sítios electrónicos de Medicina Baseada na Evidência, entre Janeiro/2010 e Abril/2015; termos *Mesh* utilizados: *Vitamin D; aged; aged,80 and over; accidental falls; fractures, bones*. Na atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação usada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)*.

Resultados: Encontrados 243 artigos, 14 cumpriram os critérios de inclusão: 6 meta-análises (MA), 2 revisões sistemáticas (RS) e 6 guidelines. Os artigos incluídos afirmam que a suplementação com vitamina D não reduz o risco de fraturas, enquanto 3 guidelines apresentam conclusão contrária. Relativamente ao risco de queda, 2 MA e 1 RS não demonstram benefício desta suplementação, enquanto 1 MA, 1 RS e as guidelines incluídas defendem a redução do risco.

Discussão/Conclusões: À luz da evidência atual a suplementação com vitamina D não deve ser realizada pois não reduz o risco de fraturas na população idosa (SORT A). A evidência atual sobre o papel da suplementação com vitamina D no risco de queda nos idosos é insuficiente e contraditória, sendo necessária a realização de mais estudos para uma recomendação mais robusta. (SORT B).

P 147

SEGURANÇA NA PESSOA IDOSA

Ana Rita Reis, Carina C. Pereira

USF Terras de Santa Maria

Introdução: A Segurança é um componente essencial da Qualidade em Saúde e é direito dos utentes, reconhecido pela OMS. Considerando que, atualmente, cerca de 19% da população portuguesa tem



idade igual ou superior a 65 anos, o conceito de Segurança na pessoa idosa ganha especial relevo, pela vulnerabilidade global que o envelhecimento e a perda progressiva de funcionalidade, mobilidade e autonomia acarretam.

Objetivo: Rever a bibliografia disponível sobre aspetos da Segurança da pessoa idosa, nas suas diversas vertentes.

Metodologia: Procedeu-se a uma revisão clássica, com pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, utilizando termos *MeSH* específicos para cada tópico. A pesquisa foi limitada a artigos publicados nas línguas portuguesa e inglesa, publicados entre 2005 e maio de 2015.

Resultados: As autoras destacaram dez tópicos fundamentais para a Segurança da pessoa idosa: medidas gerais de segurança; o domicílio; rede de suporte familiar e social; prevenir violência e abuso; evitar a polimedicação; não desvalorizar as queixas; capacitação do idoso; atitudes preventivas adequadas; prevenção quaternária; registo clínico atualizado. Cada um destes tópicos é abordado em maior detalhe, com especial enfoque em conselhos práticos, que visam a promoção e manutenção das boas práticas clínicas, com base na melhor evidência.

Conclusão: A melhoria dos cuidados de saúde tem contribuído para o aumento da longevidade da população. Assim, quer pela percentagem populacional que os idosos representam, quer por constituírem um grupo vulnerável, torna-se importante que o Médico de Família esteja sensibilizado para práticas clínicas seguras e para a promoção da segurança global da pessoa idosa.

P 148

QUANDO A DOR TORÁCICA NÃO É PARA IGNORAR: RELATO DE CASO DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Maria João Xará, Estela Loureiro, António Cruz-Ferreira, Iva Pimentel, Michelle Oliveira
UCSP da Mealhada, UCSP de Mira

Introdução: A dor torácica é queixa comum nos cuidados de saúde primários, podendo o médico de família assumir-se como primeira linha na exclusão de entidades graves e fatais como o síndrome coronário agudo.

Relato de caso: Mulher, 74 anos, antecedentes de obesidade, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronária e melanoma. Consulta a 13/04, referindo dispneia com alguns dias de evolução e pré-cordialgia (em aperto) com irradiação para o membro superior esquerdo no momento da consulta, após caminhada para o Centro de Saúde. Apresentava palidez cutânea; sinais vitais: TA 167/100 mmHg, FC 86bpm, Sat O₂ 95%; glicemia capilar 305mg/dl e auscultação cardiopulmonar sem alterações.

Dado o elevado índice de suspeita para síndrome coronário agudo, iniciou 300mg de ácido acetilsalicílico mastigados e foi contactado o Centro de Orientação de Doentes Urgentes. Assistida pela equipa de emergência, realizou eletrocardiograma que não revelou alterações do segmento ST, tendo iniciado enoxaparina, clopidogrel, nitrato sublingual, morfina e oxigénio suplementar.

Transportada para o Hospital da área diagnosticou-se enfarte agudo do miocárdio sem supra de ST, dada a elevação de troponina. Realizou cateterismo a 16/04 que revelou doença de três vasos, tendo sido submetida a angioplastia.

Discussão: Perante um caso de elevada suspeita de síndrome coronário agudo, o médico de família deve acionar os meios de emer-

gência adequados, prestar a adequada informação e administrar ao doente a terapêutica de que dispõe na unidade de saúde onde trabalha. A caracterização das queixas e a valorização dos antecedentes auxiliam na determinação da probabilidade para evento coronário agudo.

P 149

ESTIMATIVA DA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR EM IDOSOS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Patrícia Lopes Sousa, Sofia Fraga Almeida, Miguel Oliveira, David Amorim

USF Alves Martins (Viseu), USF Alves Martins (Viseu), Unidade de Nefrologia e Diálise do Centro Hospitalar Tondela-Viseu; USF Alves Martins (Viseu)

Introdução: A função renal e a massa muscular diminuem fisiologicamente com a idade, o que dificulta a avaliação da Taxa de Filtração Glomerular (TFG) dos idosos em Cuidados de Saúde Primários (CSP). Existem diversas fórmulas para estimar a TFG, a qual permite identificar doentes com Doença Renal Crónica (DRC), e ajustar terapêuticas.

Objetivos: Levantar e comparar as principais fórmulas disponíveis para determinação da TFG em idosos.

Material e métodos: Revisão bibliográfica baseada na consulta de livros de referência na área de Nefrologia e das orientações da *International Society of Nephrology* (2012).

Resultados: A fórmula de Cockcroft-Gault (CG) estima a TFG usando a creatinemia. Depende da massa muscular e dieta do doente, sendo uma fórmula pouco útil em doentes idosos, com hepatopatia, desnutridos, obesos ou edematosos.

A fórmula MDRD engloba 6 variáveis (creatinina, género, raça, idade, albumina e azoto ureico) mas não permite detetar precocemente DRC.

A fórmula CKD-EPI utiliza as mesmas variáveis que a MDRD mas é mais precisa.

A cistatina C é um marcador endógeno produzido por todas as células; é totalmente filtrada e não sofre secreção. As fórmulas baseadas neste marcador têm maior precisão.

As fórmulas que usam simultaneamente a creatinina e cistatina C são as que permitem estimar a TFG com maior exatidão.

Discussão: Apesar de ser amplamente usada nos CSP, a fórmula de CG poderá estimar de forma imprecisa a TFG em idosos e determinados grupos de doentes. As fórmulas que usam a cistatina C são mais rigorosas e deveriam ser as mais correntemente utilizadas.

P 150

O JOGO DO EMPURRA

Jorge Cunha, Susana Menezes
USF Nos e Vos Saúde

Enquadramento: A omissão de dados clínicos, a insuficiência de registos e a desadequada referenciação inter-hospitalar, são fatores que podem contribuir para uma má prática clínica. Os idosos, como grupo vulnerável, são mais susceptíveis a falhas de diagnóstico e articulação de cuidados. Assim, ao contrário do que é habitual, pretende-se com este caso clínico promover a reflexão e a aprendizagem com os erros.

Descrição do caso: A.M, homem, 76 anos, previamente dependente, recorre ao SU por estado confusional agudo, delírios místicos e crise convulsiva. Nos 2 dias seguintes foi sucessivamente transferido por 5 vezes entre 3 hospitais diferentes nunca tendo ficado

internado. Teve alta clínica com os diagnósticos: *delirium*, anemia e hiponatremia, e indicação para recorrer ao Médico de Família (MF). A MF ficou surpreendida pelos antecedentes psiquiátricos do doente que desconhecia, não registados no processo clínico e pela forma como foi orientado entre os hospitais envolvidos. Encaminhou-o de imediato para o Hospital de referência – Medicina Interna/Psiquiatria. A “viagem” terminou com internamento no serviço de Neurologia, falecendo após 1 semana.

Comentários: A falta de articulação de cuidados, a negação de responsabilidades, resultam num profundo desrespeito pelos doentes e família, que nos idosos pode ter um desfecho fatal. Orientar familiares insatisfeitos com os serviços de saúde, melhorar a qualidade dos registos e quebrar as barreiras de comunicação são mensagens a reter e melhorar. Neste jogo do empurra perde o idoso e ganhamos apenas a insatisfação de poder ter feito mais...

P 151

ABORDAGEM DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Bruno Melo¹, Joana Barbosa², Ana Gabriela Ribeiro¹, Aparício Braga¹
¹USF Braga Norte, ²USF Nova Era

Introdução: A fibrilhação auricular (FA) é a arritmia cardíaca mantida mais comum na prática clínica e a sua prevalência aumenta com a idade. É uma patologia, que na ausência de tratamento constitui uma importante causa de morbidade, principalmente pelo risco associado de acidente vascular cerebral (AVC).

Objetivos: Sistematizar a abordagem da FA nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Revisão clássica, que teve por base as guidelines publicadas pela *European Society of Cardiology (ESC)*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Canadian Cardiovascular Society (CCS)* e *American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society (AHA/ACC/HRS)*.

Resultados: A FA pode apresentar-se como palpitações, dispneia, fadiga, síncope, dor pré-cordial, porém, pode também ser assintomática. Assim, a anamnese e o exame físico são essenciais no diagnóstico. As guidelines CCS e NICE não consideram que o parâmetro “sexo feminino”, sozinho, seja suficiente para a prescrição de um anticoagulante oral (ACO), ao contrário da *ECS*. Por último, a *AHA/ACC/HRS* recomenda, que na presença de uma pontuação de 1 no *CHA2DS2-VASC* (avaliação do risco de AVC em FA) não é necessário terapia antitrombótica ou tratamento com ACO ou ácido acetilsalicílico, em contraste com as outras guidelines.

Discussão/Conclusões: A FA apresenta uma prevalência maior na população idosa. Tendo em consideração este facto e o envelhecimento da população Portuguesa, torna-se importante estar alerta, saber identificar e dar o melhor seguimento a esta patologia. Desta forma diminui-se a taxa de mortalidade, o risco de AVC e o número de internamentos.

P 152

AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO NO IDOSO: QUE FATORES PREDITIVOS?

Sophie Sousa, Sara Matos Moreira, Sofia Faria, Filipa Ramalho Silva
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, USF Oceanos, USF Leça, USF Lagoa, Departamento de Saúde Mental

Introdução: O suicídio constitui um problema de saúde pública na

população acima dos 65 anos. A nível mundial encontram-se em desenvolvimento estratégias para a prevenção deste fenómeno.

Objetivos: Atualizar o conhecimento relativamente a fatores preditivos de suicídio no idoso.

Material e métodos: Revisão bibliográfica em bases de dados de medicina baseada na evidência, utilizando os termos *MeSH: Aged; Aged, 80 and over; Suicide or Suicide, Attempted*.

Resultados: O suicídio na população idosa constitui um fenómeno complexo, para o qual contribuem problemas físicos, neurobiológicos, psicológicos e sociais. A patologia psiquiátrica, em particular a depressão major, constitui o principal fator de risco nesta população. Antecedentes de automutilação e história familiar de suicídio bem como a educação, exposição a comportamentos suicidas e a disponibilidade dos meios para a sua concretização são também importantes. A presença de comorbilidades, geralmente com dor e declínio funcional, constituem também fatores de risco independentes bem como os fatores socioambientais, incluindo o isolamento social, life events e conflitos familiares.

Discussão/Conclusões: O suicídio é um fenómeno complexo e multifatorial. A maioria dos fatores de risco é pouco específica, tornando a deteção e o tratamento precoce um desafio. Sabe-se, porém, que muitos idosos recorrem aos cuidados de saúde primários previamente ao suicídio. A sensibilização para a identificação dos grupos de elevado risco, a adoção de medidas preventivas e a referenciação atempada para os cuidados de saúde secundários afigura-se assim fundamental.

P 153

PRESCRIÇÃO DE BENZODIAZEPINAS NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS DE UMA USF: UM PONTO DE PARTIDA PARA A MUDANÇA!

Cecília Oliveira, Rita Gomes, Rosário Silva
USF São João de Braga

Introdução: A prescrição nos idosos tem sido alvo de atenção, em específico as benzodiazepinas (BZD), que predispõem a maior risco de quedas e fraturas, sendo atualmente uma classe a evitar nesta população.

Objetivos: Conhecer a realidade de prescrição de BZD numa população de uma USF.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e analítico. População: Utentes com idade não inferior a 65 anos. Variáveis: idade, género, BZD prescritas, tempo de consumo, motivo de prescrição segundo ICPC-2, e registo de queda no último ano. Significância estatística para $p < 0,05$.

Resultados: 322 utentes, com idade média de 74 anos. 31% estão medicados com BZD, destes 93,07% com uma, 5,94% com duas e 0,99% com três. O lorazepam é a mais utilizada (30,69%). A média etária dos medicados com BZD é 74,11 anos, sendo 39% mulheres e 19% homens. Nesta população verifica-se registo de 6,93% de quedas no último ano. O principal motivo de prescrição registado é P06 (13,86%) e há 61,39% sem registos. Estão medicados com BZD em média há 4 anos.

Discussão/Conclusões: Os 4 anos de consumo médio de BZD refletem a sua dificuldade de cessação. A BZD mais prescrita é o lorazepam, não sendo talvez a mais adequada devido ao seu tempo de semi-vida. Verificou-se também polimedicação de BZD, aspeto contraindicado nesta população. Outro ponto a destacar é a inexistência de registos adequados na maioria dos utentes medicados com BZD.



A caracterização dos hábitos de prescrição numa USF permite identificar problemas e procurar estratégias para melhorar a qualidade de prestação de cuidados.

P 154

ABORDAGEM AO SÍNDROME DE FRAGILIDADE

¹António L. Mesquita, ²Afonso Vale, ³Gonçalo Pires

¹USF Alma Mater, ²USF Delta, ³Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão

Introdução: O síndrome de fragilidade é um estado clinicamente reconhecível de maior vulnerabilidade para desenvolver condições de dependência, sendo um processo contínuo e complexo, representando um desafio diagnóstico.

Objetivo: Revisão de tema e de abordagem ao doente com Síndrome de Fragilidade.

Material e métodos: Recorremos a uma revisão recente (últimos 7 anos) da literatura sobre este tema na PubMed e outras bases de dados. Termos Mesh: frailty syndrome.

Resultados: O Síndrome de Fragilidade foi descrito em 2001 por Linda Fried e caracteriza-se por três ou mais sinais/sintomas (fenótipo de Fried): Perda ponderal involuntária, fadiga fácil, diminuição da força de preensão, da velocidade de marcha e de actividade física. Estes doentes caracteristicamente são grandes consumidores de cuidados de saúde, quer a nível de internamentos hospitalares ou em lares de idosos, razão pela qual foram criados vários grupos de trabalho, nomeadamente pela União Europeia, no sentido de sensibilizar a comunidade clínica e, consequentemente, dar uma maior qualidade de vida a estes doentes.

A abordagem passa então por diagnóstico (ex. escala clinica de fragilidade, fenótipo de Fried), prevenção e tratamento (exercício físico específico, vitamina D, suplementação proteica e diminuição de medicação).

Conclusão: O diagnóstico, prevenção e tratamento pode atrasar, ou até mesmo reverter, a evolução do síndrome de fragilidade, sendo por isso fundamental o seu reconhecimento nos cuidados de saúde do idoso

P 155

O SUICÍDIO NOS IDOSOS – UM PROBLEMA MULTIDISCIPLINAR

Mafalda Cotter¹, Susana Vilar Santos², Ana Cláudia Magalhães³

¹IFE de Psiquiatria no Centro Hospitalar Médio Tejo, ²IFE de Medicina Geral e Familiar na USF Terras do Ave, ³IFE de Medicina Geral e Familiar na UCSP Moimenta da Beira

Introdução: O suicídio é um fenómeno complexo que envolve fatores psicológicos, físicos e sociais, existentes num momento crucial da vida de um indivíduo vulnerável, logo, qualquer avaliação de risco deve refletir estas comorbilidades associadas. O suicídio na idade avançada é um grande problema de saúde pública. O comportamento suicidário em idosos é realizado com maior intenção e letalidade do que nos mais jovens.

Objetivos: Esta revisão tem como objetivo enfatizar a necessidade de reconhecimento e prevenção do suicídio em faixas etárias avançadas, pela sua vulnerabilidade.

Material e métodos: Revisão sistemática da literatura das bases de dados *Pubmed* e *Medscape*. A pesquisa foi feita com as palavras-chave: suicide e aged.

Resultados: As patologias psiquiátricas estão presentes em cerca de 85% dos idosos, sendo a depressão o fator com maior risco atribuível

para o suicídio. Além deste, os fatores de risco associados ao suicídio são o género masculino, a raça caucasiana, viver sozinho, mecanismos de coping desadequados e perturbações da personalidade.

Entre os fatores predisponentes constam as doenças graves, degenerativas ou terminais, a dependência física, a dificuldade financeira e os fatores neurobiológicos como a desregulação serotoninérgica, o meio sociocultural e os life events negativos.

Conclusão: O suicídio entre idosos apresenta-se como um desafio para os clínicos, dado que nesta faixa etária há menor propensão para relatar os sintomas depressivos e as ideações suicidas, sendo a entrevista clínica a pedra angular da avaliação. Os distúrbios psiquiátricos e, consequentemente, o suicídio nos idosos continua a ser negligenciado e pouco investigado, sendo necessário criar estratégias específicas de prevenção.

P 156

NOTALGIA PARESTÉSICA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Zita Lopes, Liliana Barbosa

USF Vimaranes

Introdução: A notalgia parestésica é uma síndrome neuropática sensorial estreitamente relacionada com a patologia degenerativa ou traumática da coluna vertebral. Caracteriza-se por hiperpigmentação e prurido localizado intenso, principalmente na região dorsal, que se podem acompanhar de parestesias.

Caso: Doente do sexo feminino, 67 anos, divorciada e reformada. Antecedentes: acidente vascular cerebral; fibromialgia; poliartrite nodosa medicada com azatioprina e prednisolona; patologia da coluna cervical e lombar documentada por exame de imagem: hernia discal com contacto medular (C3-C4), prolapso discal posterior paramediana esquerda que contacta com o cordão medular (C4-C5), pequena hernia discal mediana posterior (C6 e C7), protusão discal circunferencial em C4 e C5.

A doente refere hiperpigmentação na região dorsal com prurido intenso e que interfere na sua qualidade de vida. Ao exame objetivo observam-se lesões de coceira na região posterior do tronco de predomínio dorsal onde se verifica área hiperpigmentada em que o prurido é mais intenso. Considerando a sintomatologia, foi medicada com hidroxizina e encaminhada para consulta especializada de dermatologia para confirmação do diagnóstico.

Discussão: A notalgia parestésica não é apenas uma doença de pele mas um sinal cutâneo de patologia subjacente da coluna vertebral, mais comum em idosos. A sua abordagem pode implicar o envolvimento de outras especialidades como a dermatologia, radiologia ou ortopedia. A biópsia da pele pode ser realizada para excluir outros diagnósticos, mas geralmente não está indicada. Assim, esta abordagem multidisciplinar pode basear-se em achados imagiológicos e histológicos, mas sem esquecer a história e o exame físico que são a base do diagnóstico.

P 157

CUIDAR DE QUEM CUIDA – PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Micaela Prata, Ana Duarte, Fernanda Gomes, Lia Rocha, Margarida Carvalho, Mariana Fonseca

USF Anta

Introdução: O envelhecimento da população associa-se a incapacidade e perda de autonomia. A falta de apoio sentida pelo cuidador informal e o facto de este negligenciar as suas necessidades conduz

à sua exaustão e à institucionalização do dependente. A equipa de saúde encontra-se numa posição privilegiada para avaliar a sobrecarga do cuidador e desenvolver estratégias para diminuí-la.

Objetivo: Reduzir a sobrecarga do cuidador, reforçando as suas competências e melhorando o seu bem estar físico e psíquico.

Metodologia: Responsáveis: internas de MGF e a equipa responsável pelos dependentes da USF. População alvo: grupo de cuidadores informais dos utentes dependentes da USF (n=79). Foi realizado o diagnóstico de situação através da avaliação da sobrecarga da amostra (n=49) utilizando a escala de Zarit. Estabeleceram-se duas metas: pelo menos 25% dos cuidadores da amostra estão presentes nas sessões; na reavaliação, os cuidadores sujeitos a intervenção que apresentam sobrecarga moderada e os que não apresentam sobrecarga, representam pelo menos 50%. Da intervenção fizeram parte sessões de educação para a saúde de forma a capacitar o cuidador, a criação do Manual do Cuidador e do Grupo de Apoio. Procedeu-se à reavaliação da sobrecarga no domicílio dos cuidadores 1 mês após terminar a última sessão.

Resultados: Na avaliação inicial o grau de sobrecarga foi severo em 6,1%, moderado-severo em 57,1%, moderado em 26,6% e 10,2% não apresentaram sobrecarga. Participaram nas sessões 15 cuidadores (30,6%) e na reavaliação o grau de sobrecarga foi predominantemente moderado (46,7%).

Conclusão: Foram cumpridas as metas propostas obtendo ganhos em saúde e será dada continuidade a esta iniciativa.

P 158

VARFARINA VERSUS NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS – QUANDO TROCAR

Raquel Barros, Maria João Gonçalves
USF St. André de Canidelo

Enquadramento: A Fibrilhação Auricular é a arritmia mais prevalente na prática clínica, afetando cerca de 5% da população com mais de 65 anos. A terapêutica antitrombótica demonstrou uma diminuição direta na mortalidade associada. Assim, todos os doentes com um risco tromboembólico (CHA2DS2-VASc) igual ou superior a 1 devem realizar terapêutica anticoagulante com antagonistas da vitamina K (AVK) ou com os novos anticoagulantes orais (NACOs). Os doentes medicados com AVK devem ser submetidos a um controlo periódico de INR. A avaliação da qualidade deste controlo é importante e pode ser efetuada através do cálculo do *Time in Therapeutic Range (TTR)*, sendo o método de Rossendaal o mais utilizado.

Caso clínico: Mulher de 73 anos com antecedentes de hipertensão, hemorragia gástrica, patologia osteoarticular com abuso de AINEs e FA hipocoagulada com varfarina. Apresenta um CHA2DS2-VASc de 3, um HAS-BLED de 4 e um TTR (método de Rossendaal) de 51,4%, sem contra-indicações para o uso de NACOs. Neste contexto, faz alteração da varfarina para rivaroxabano 20mg e realizam-se estratégias de prevenção de hemorragia.

Conclusão: Doentes com FA medicados com AVK que apresentem má qualidade de controlo de INR, com valores de TTR inferiores a 60-70%, estão sujeitos a um maior risco hemorrágico e a uma menor proteção de eventos tromboembólicos. Deste modo, a avaliação regular da qualidade de controlo do INR nestes doentes torna-se primordial. Está aconselhada a alteração da medicação para um dos novos anticoagulantes orais, em caso de má qualidade de INR e na ausência de contra-indicação para o seu uso.

P 159

ANEURISMA DA AORTA TORÁCICA – UMA OBRA DO ACASO

Pedro Joel Vasconcelos¹, Inês Jorge Figueiredo², Rita Bernardino Figueiredo¹, Carla Moreira²

¹USF Viseu-Cidade, ACeS Dão Lafões, ²USF Lusitana, AceS Dão Lafões

Enquadramento: O aneurisma da aorta torácica, habitualmente assintomático, constitui muitas vezes um achado incidental em exames de imagem. As principais complicações são a rotura e a disseção da aorta, pelo que o seguimento destes doentes é importante para que se possa atuar precocemente.

Descrição do caso: Mulher de 71 anos, não fumadora, inserida numa família nuclear de classe média, na fase VIII do Ciclo de Duvall, com antecedentes de obesidade grau I, hipercolesterolemia e insuficiência venosa crónica. Medicada habitualmente com sinvastatina 20mg e bioflavenóides 500mg. Recorreu aos Cuidados de Saúde Primários por sensação de dispneia para grandes esforços. Encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica e sem alterações à auscultação cardiopulmonar, apresentando edema maleolar bilateral, mais pronunciado à esquerda. Solicitou-se ecocardiograma transtorácico no qual se destacava dilatação moderada da aorta ascendente. Perante estas alterações imagiológicas, a utente foi referenciada à consulta hospitalar de Cardiologia, tendo realizado angio-TC que revelou uma discreta dilatação aórtica de aspeto fusiforme entre a união sinu-tubular e a emergência do tronco braquiocefálico, com diâmetro anteroposterior de 46,4 e transversal de 44,6 milímetros e ainda insuficiências valvulares aórtica e mitral moderadas. Não havendo indicação cirúrgica, a utente teve alta da consulta hospitalar, medicada com losartan 50mg id e recomendação para vigilância ecocardiográfica em ambulatório.

Discussão: O médico de família deverá ser exímio na orientação destes utentes, através do controlo dos perfis lipídico e tensional e da monitorização das dimensões da aorta, sinalizando o momento apropriado para intervir cirurgicamente e, dessa forma, impedir o desenvolvimento de complicações potencialmente fatais.

P 160

GOTA A MAIS – UM CASO DIFÍCIL...

Inês Jorge Figueiredo¹, Pedro Joel Vasconcelos², Carla Moreira¹, Rita Bernardino Figueiredo²

¹USF Lusitana, ACeS Dão Lafões, ²USF Viseu-Cidade, ACeS Dão Lafões

Enquadramento: A gota consiste num distúrbio do metabolismo do ácido úrico, que se caracteriza por episódios de artrite resultantes da deposição intra-articular de cristais de ácido úrico. O atingimento poliarticular ocorre sobretudo na gota não tratada e de longa duração.

Descrição do caso: Mulher de 78 anos, inserida numa família mononuclear de classe média-baixa, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidémia, etilismo crónico e gota. Medicada habitualmente com esomeprazol 20mg, losartan 50mg, amlodipina 5mg, fenofibrato 267mg, metilprednisolona 4mg e alopurinol 300mg. Recorreu aos Cuidados de Saúde Primários por poliartralgias inflamatórias, recorrentes e refratárias a AINEs e colchicina. Observavam-se múltiplos tofos gotosos associados a rubor e calor, localizados nos joelhos, pés e articulações interfalângicas das mãos. Dada a recorrência dos episódios algícos, a refratoriedade ao tratamento e intolerância gastrointestinal à colchicina, além da fraca adesão à dieta e relutância em cessar os hábitos alcoólicos, optou-se pela referenciação à consulta



hospitalar de Reumatologia para adequação das medidas terapêuticas. Aí ajustou-se a posologia de metilprednisolona para 8mg 1 vez/dia, se inflamação dos tofos gotosos, colchicina e naproxeno 250mg 1 vez/dia e ainda recomendado infiltrações com corticoide que a doente recusou. Atualmente mantém seguimento na nossa consulta e em Reumatologia, apresentando má adesão à terapêutica e mau controlo da doença.

Discussão: O caso descrito salienta a complexidade na abordagem dos doentes crónicos não cumpridores, nos quais a terapêutica farmacológica não deverá ser dissociada da adoção de um estilo de vida saudável. A articulação com os cuidados de saúde secundários torna-se essencial, contudo a melhoria da doença nem sempre é conseguida.

P 161

EM CASA, “ESTÁ-SE BEM”

Lara Tomás, Fátima Cordeiro
USF Lusitana

Relato de caso: Homem, 89 anos, dependente nas atividades da vida diária. Reside em casa, ao cuidado da família. Tem antecedentes de acidente vascular cerebral, hipertensão arterial, dislipidemia, osteoartrose, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca e fibrilhação auricular estando sob hipocoagulação com varfina. Foi levado ao serviço de urgência no dia 2/01/2015 por dor e edema do membro inferior esquerdo, teve alta medicado com amoxicilina e ácido clavulâmico por suspeita de celulite. Posteriormente, em casa, teve agravamento com edemas generalizados, dispneia e dores abdominais. Foi visto pelo médico de família em consulta domiciliar que encaminhou para o serviço de urgência por suspeita de trombose venosa e descompensação da insuficiência cardíaca de base, tendo ficado internado durante 14 dias. Teve boa evolução no internamento, porém desenvolveu uma escara de decúbito na região sagrada. Posteriormente, em visita domiciliar foi observado agravamento da escara de decúbito e foi feita educação dos cuidadores para tratamento e prevenção. Através de uma abordagem multidisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros e cuidadores foi possível o sucesso na cicatrização da mesma em ambulatório.

Enquadramento e discussão: As úlceras de pressão ocorrem em pacientes imobilizados por períodos prolongados sendo lesões preveníveis e notoriamente difíceis de tratar. Iniciam-se como uma coloração avermelhada da pele atingida e podem ser classificadas em 4 fases diferentes de evolução. São complicadas pela presença de outras patologias crónicas, como diabetes, insuficiência cardíaca e desnutrição. A prevenção de úlceras de pressão constitui um papel fulcral no seu tratamento.

P 162

DELIRIUM PÓS-OPERATÓRIO NO DOENTE IDOSO – REVISÃO

Lúcia Gonçalves, Pedro Godinho, Joana Lavado, Sandra Leal,
Eunice Silva, Elisabete Valente
Centro Hospitalar de Leiria

Introdução: O Delirium pós-operatório (DPO) é um distúrbio de início agudo e curso flutuante com diversas manifestações como alterações cognitivas, anomalias perceptuais, distúrbios psicomotores, perturbações no ciclo do sono/vigília ou distúrbios emocionais.

Objetivos: Rever e discutir a literatura científica publicada no âmbito da epidemiologia, factores de risco e clínica do DPO em indivíduos idosos (≥ 65 anos).

Material e métodos: Pesquisa de literatura na base de dados *MEDLINE* de artigos originais e de revisão (bibliográfica e sistemática) publicados entre 2007 e 2015, utilizando os termos *elderly postoperative delirium, risk factors, epidemiology, treatment* ou *prevention*.

Resultados: O DPO é uma complicação comum entre doentes idosos submetidos a diversas cirurgias, em especial cirurgia ortopédica e vascular. Contudo, devido à diversidade e subtileza de algumas manifestações, podem existir falhas na sua detecção. Apesar da patofisiologia ser pouco clara, vários factores de risco foram já identificados, podendo ser utilizados em estratégias de prevenção. Tratamento caracteriza-se por terapêutica de suporte e uso de fármacos, apesar vários estudos farmacológicos se mostrarem pouco conclusivos. O DPO tem impacto significativo na saúde do idoso, encontrando-se associado a aumento da mortalidade e morbidade, hospitalização prolongada e maior risco de institucionalização após alta.

Discussão/Conclusões: O DPO é uma complicação comum em doentes idosos, podendo no entanto estar sub-diagnosticado. É necessário compreender melhor a fisiopatologia desta perturbação, possibilitando a criação de estratégias mais efectivas de prevenção e tratamento, com o objectivo de diminuir o seu impacto na saúde do doente idoso.

P 163

DISTÚRPIO DO SONO – ABORDAGEM CENTRADA NO IDOSO

Ângela Chin¹, Joana Dutra¹, Nuno Nunes²
¹USF Arruda, ²USF Terras de Cira

Introdução: A insónia é uma perturbação do sono, de causa primária ou secundária, caracterizada pela dificuldade repetida de iniciar/manter/consolidar ou apresentar um sono de qualidade, apesar de tempo adequado e oportunidade para dormir e que compromete as tarefas do dia-a-dia. Na abordagem é necessário considerar não só a terapêutica farmacológica mas também medidas não farmacológicas.

Descrição do caso: C.P., 87 anos, sexo feminino. Antecedentes pessoais: Histeretomia com anexectomia bilateral aos 44 anos.

Refere dificuldade em adormecer e despertares noturnos nas primeiras horas de sono, apesar de medicada com 2 benzodiazepinas (BZ). Explicaram-se medidas de higiene de sono, iniciou-se terapêutica com antidepressivo e fez-se desmame de uma BZ. Na consulta de reavaliação apresentava-se bem adaptada ao antidepressivo, embora com dificuldade no desmame da BZ.

Na última consulta, passados 3 meses, embora não tendo conseguido o desmame da BZ, refere um sono reparador.

Conclusão: A insónia de causa secundária é a mais frequente, sendo a depressão a perturbação mental mais prevalente no idoso (12% da população com >65 anos). A terapêutica farmacológica mais utilizada para insónia de curta duração são as benzodiazepinas, no entanto, existe o risco de dependência. Nos casos de insónia secundária deverá ser tratada a patologia primária e não exclusivamente o sintoma. As medidas não farmacológicas (higiene do sono) desempenham um papel fulcral na abordagem destes utentes.

Sendo esta patologia complexa é necessário a colheita atenta da história clínica e o estabelecimento de um plano centrado e negociado com o doente.

P 164

NAS DEMÊNCIAS NEM TUDO É INEXORÁVEL

Mariana Sá Nogueira, Daniel Beirão, Manuel Oliveira, Helena Marques
USF S. Félix/Perosinho, ACeS Espinho/Gaia

Com o envelhecimento da população, as Demências têm adquirido progressivamente maior expressão. Os défices cognitivos podem abranger diversas áreas cerebrais, sendo que a detecção e intervenção precoces são fundamentais para a evolução clínica. O *Mini Mental State (MMS)* e o *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)* constituem ferramentas úteis para rastreio de défices cognitivos, sendo que o último avalia um maior número de domínios e apresenta maior acuidade. Maria, 77 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, doença de Parkinson e depressão. Iniciou, em 2009, observação em consulta hospitalar de Neurologia e Psicologia por sintomas compatíveis com um quadro demencial. Da avaliação realizada concluiu-se tratar de uma provável demência de corpos de Lewy, com declínio cognitivo moderado. Iniciou, em 2010, frequência diária num centro de dia para doentes de Alzheimer e outras demências, onde realiza, entre outras, actividades de reabilitação cognitiva. Realiza semestralmente avaliações neuropsicológicas nas quais tendo a revelar melhoria significativa das funções cognitivas, mantendo-se independente para as actividades da vida diária. Na avaliação de Janeiro de 2015 apresentava um resultado no *MMS* de 30 pontos e no *MoCA* de 19 pontos. A abordagem das Demências inclui a exclusão de causas tratáveis, a terapêutica farmacológica, mas também a reabilitação cognitiva. Estes programas incidem nos vários domínios afectados pelos processos demenciais: memória, linguagem, atenção e funções executivas. Neste caso clínico houve melhoria significativa das funções cognitivas através do desenvolvimento de actividades reabilitativas ajustadas e personalizadas, no contexto de um centro de dia vocacionado para este tipo de patologia.

P 165

A PRESCRIÇÃO DE ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO ESTERÓIDES NA POPULAÇÃO IDOSA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Luís Filipe Teixeira, Maria Cristina Sousa, Maria João Peixoto
USF Espaço Saúde, ACES Porto Ocidental

Os Anti-inflamatórios não esteroides (AINE) são fármacos que podem comprometer a função renal através de diferentes mecanismos de ação. Estudos mostraram que este efeito adverso é mais frequente em pessoas que apresentem fatores de risco como hipertensão, diabetes e na população idosa. Os inibidores da Cox-2, apesar da sua seletividade, podem também afetar a função renal, principalmente nos grupos de risco.

Apresentamos o caso de um homem de 71 anos de idade com antecedentes pessoais de Diabetes Mellitus tipo 2 não insulino dependente, dislipidemia, enfarte agudo do miocárdio, com alterações de comportamento desde há 2 meses em estudo que recorreu à consulta por dor lombar com irradiação para ambas as pernas com quinze dias de evolução, com limitação da marcha, encontrando-se já medicado há 4 dias com etoricoxib 90 mg 1 comprimido por dia. Objetivamente não apresentava alterações de relevo. Foi pedido estudo imagiológico e analítico.

Voltou novamente à consulta passado 4 dias por persistência das queixas, apesar de manter a medicação e noção de menor débito urinário. Por ainda não ter resultados imagiológicos e analíticos foi dada indicação ao doente para recorrer ao Serviço de Urgência (SU), onde terá ido passados dois dias.

No SU foi objetivada insuficiência renal aguda, com hipercalémia e acidose metabólica. Foi assumida lesão renal aguda provocada por AINE e desidratação. Ficou internado para recuperação da função renal, tendo tido melhoria clínica apenas com reposição hídrica.

Os AINE são fármacos, que pelos seus efeitos secundários devem ser prescritos com alguma precaução, sobretudo nos grupos de risco.

P 166

COMUNICAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS

Mariana Moura Relvas, Cátia Lírio, Marisa Agra, Mariana Amaral
USF PortoCentro, USF Camélias, USF Covelo

Introdução: A comunicação é uma parte central da relação terapêutica, particularmente no cenário de cuidados paliativos. Lidar com doentes em tratamento paliativo pode induzir elevados níveis de stress. Existem momentos críticos na relação terapêutica que exigem uma maior sensibilidade por parte dos profissionais, tais como a tomada de decisões críticas, a comunicação de más notícias, confrontar-se com o insucesso das terapêuticas instituídas e lidar com a morte. Estas tarefas de grande exigência emocional, caso o profissional não tenha formação em competências de comunicação, podem tornar-se numa experiência penosa e perturbadora para todos os envolvidos, conduzindo a situações de *burnout*.

Objetivo: O presente trabalho tem como objetivo proporcionar conhecimento sobre técnicas de comunicação que facilitem a relação terapêutica entre médico e doente, em cenários de cuidados paliativos.

Métodos: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados eletrónicas da *PubMed*, com as palavras-chave: *communication, palliative care, SPIKES strategy*.

Resultados: De forma a facilitar o processo de comunicação em situações clínicas difíceis, existe um protocolo básico, *SPIKES*, fácil de memorizar e que oferece uma técnica direcionada para lidar com as emoções e a comunicação de más notícias. É importante no contexto de cuidados de saúde primários a aprendizagem e utilização destas técnicas, assim como conhecimento de diversos comportamentos a evitar, pois permitem uma maior capacitação dos profissionais para lidar com as emoções e comunicação de más notícias.

Discussão: Uma boa comunicação é essencial para a prestação de cuidados de alta qualidade e influencia a taxa de recuperação do doente, a diminuição do sofrimento, a adesão ao tratamento e a adaptação psicossocial. A formação profissional na área da saúde conduz à perda de sensibilidade e apetências humanas, pelo que as técnicas de comunicação devem ser estudadas e treinadas pelos profissionais de saúde, de forma a ultrapassar ou reduzir o impacto de obstáculos na relação médico-doente.

P 167

INTERVIR NA FRAGILIDADE – PODEMOS TRAVAR O CICLO?

Cátia Brites, Maria Cândida Silva
Centro de Saúde de Alvalade, USF do Parque USF Carnide Quer

Introdução: A fragilidade é um síndrome dinâmica caracterizado por um estado de vulnerabilidade, devido ao declínio progressivo das funções e das reservas fisiológicas. O idoso frágil tem maior risco de doença, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. Várias medidas têm sido estudadas para reverter a progressão da fragilidade no idoso.

Objetivos: Rever as intervenções disponíveis para prevenir a evolução da fragilidade no idoso.

Material e métodos: Pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, Up-



ToDate, National Guideline Clearinghouse, b-on e TripDatabase de artigos publicados entre janeiro de 2010 e janeiro de 2015 com os termos MESH Frail Elderly and Treatment.

Resultados: Para além das medidas gerais (controlo das doenças crónicas e revisão da medicação), as intervenções propostas para redução da fragilidade no idoso poderão ser do tipo não-farmacológico (exercício físico e suplementação nutricional) ou do tipo farmacológico. Neste último grupo incluem-se a vitamina D, hormonas anabólicas (testosterona, dihidroepiandrosterona, hormona do crescimento e *insulin-like growth factor-1*), aminoácidos (creatina, L-lisina, L-arginina) e inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECAs). O nível de evidência para cada uma destas intervenções é heterogéneo, contudo o exercício físico combinado ou não com suplementação nutricional é a que tem benefício mais consistente na redução da fragilidade.

Discussão/Conclusões: A dificuldade em estabelecer critérios para a definição de fragilidade e em compreender a sua etiologia limitam os resultados dos estudos que sustentam a utilização de muitas das medidas farmacológicas. A utilização de agentes farmacológicos para prevenção e tratamento da fragilidade poderá ser um tópico para investigação futura.

P 168

BAcloFENO ORAL NO TRATAMENTO DA ESPASTICIDADE APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO IDOSO

João Guedes Pinto, Eduarda Cerdeira

Unidade de Saúde Familiar São João do Porto, Porto

O baclofeno tem utilização aprovada para tratamento da espasticidade dos músculos esqueléticos por diversas etiologias, incluindo espasmos musculares na sequência de acidentes cerebrovasculares ou em presença de patologias cerebrais degenerativas. Em idosos, a titulação da dose ótima deve ser lenta e cuidadosa, de forma a evitar a fraqueza muscular excessiva e as quedas, bem como outros efeitos adversos. A sedação e sonolência são frequentes, o que pode ser útil em quadros de agitação crónica e heteroagressividade.

O presente relato de caso descreve a abordagem terapêutica desde o primeiro contato com o doente, em visita domiciliária. Homem, 78 anos, totalmente dependente de 3ª pessoa (esposa) para atividades da vida diária. Antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC) há 8 anos, sem seguimento médico prévio. Sequelas de espasticidade do hemisfério direito, sem tratamento fisioterápico de reabilitação. Comportamento heteroagressivo e bruxismo diurno com apresentação inicial no pós-AVC, com agravamento significativo no último ano.

Após a introdução de baclofeno verificou-se melhoria do quadro espástico e redução da intensidade e frequência do bruxismo. No seguimento do doente, foi necessário associar risperidona para controlo dos episódios de heteroagressividade. Não foram excluídas outras causas de progressão do síndrome demencial. O baclofeno, mesmo em associação com risperidona, mostrou ser bem tolerado e contribuir para a melhoria clínica do doente.

P 169

DA PREVENÇÃO À OSTEOARTROSE NO IDOSO

Ana Cláudia Magalhães, Eliza Bento da Guia, Susana Vilar Santos, Mafalda Cotter

UCSP Moimenta da Beira, USF Terras do Ave, Centro Hospitalar Médio Tejo

Introdução: A osteoartrose é a doença degenerativa mais prevalente,

afetando 10% da população mundial. É a patologia reumática mais frequente no idoso. Aos 70 anos 100% da população tem alterações radiográficas e 85% tem sintomatologia. Surge cada vez mais cedo, é mais frequente nas mulheres e a sua incidência aumenta com a idade. É incurável mas há formas de atrasar a sua progressão. A prevenção tem um papel fundamental nesta patologia.

Objetivos: Realçar a importância da prevenção da osteoartrose no idoso.

Métodos: Foram selecionados artigos de revisão, consequentes da pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados de artigos médicos, utilizando os termos *osteoarthritis, prevention, elderly*.

Resultados: Na osteoartrose há vários fatores de risco que determinam a capacidade da articulação se manter saudável, desde a idade, obesidade, postura incorreta, sobrecarga articular excessiva por desporto ou profissão ao traumatismo e inflamação articular prévia que contribuem para o seu desenvolvimento. Existe um componente genético associado. A prevenção tem quatro objetivos principais que são a educação do doente, a redução dos sintomas, a otimização e a manutenção da função da articulação e o retardamento da progressão da doença. Como tal, realizar exercício físico de baixo impacto para fortalecer os músculos, como natação, hidroginástica e bicicleta, usar fármacos condroprotetores que reduzem a degradação estrutural da osteoartrose, emagrecer e ter um estilo de vida saudável são essenciais.

Conclusões: Sendo osteoartrose uma doença inevitável com o envelhecimento, deverá a prevenção ter uma implicação prática na clínica diária, contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos doentes e evolução da doença.

P 170

UMA DEMÊNCIA EVITÁVEL?

Raquel Bastos, Guerra da Rocha, Isabel Amorim

Unidade de Saúde Familiar Canelas

Enquadramento: A demência, definida pelo declínio da capacidade cognitiva com compromisso da memória recente e de, pelo menos, um outro domínio cognitivo, induz uma diminuição da funcionalidade e independência prévia do indivíduo. Com o aumento da esperança média de vida, as causas neurodegenerativas justificam a maioria destes casos, no entanto, é indispensável excluir outros possíveis diagnósticos, muitas vezes menos evidentes à primeira observação.

Descrição do caso: Doente de 82 anos, casado, família tipo diáde nuclear, classe III de Graffar. Antecedentes de hipertensão arterial, fibrilhação auricular, hipertrofia benigna da próstata e diminuição da acuidade visual. Autônomo, recorre à consulta por episódios frequentes de esquecimento, confusão e desorientação. Mini-mental state examination de 18 pontos e teste do relógio não conseguido. Reencaminhado para Neurologia com repetição do estudo analítico, revelando TPHA positivo e TAC cerebral sem alterações de relevo para a idade. Punção lombar confirma o diagnóstico de Neurosífilis. O doente nega comportamentos de risco, mas refere que a sua mãe terá morrido por Sífilis quando este era criança. Teve indicação para nunca vir a ter filhos, não tendo sido submetido a qualquer tratamento ao longo de toda a sua vida.

Discussão: Apesar da Doença de Alzheimer justificar cerca de 60 a 80% das demências no idoso, há causas menos prováveis mas potencialmente reversíveis que devem ser excluídas. Portugal é, ainda hoje, um dos países europeus com maior número de casos de Sífilis, uma doença com graves consequências mas potencialmente tratável, tornando-se imprescindível estar alerta, em qualquer idade, para este possível diagnóstico.



P 171

ABORDAGEM DAS DEMÊNCIAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Filipa Faria, Paula Freitas

UCSP Mirandela II, USF Ara Trajana

Introdução: Estima-se que o envelhecimento mundial passe para 1,5 biliões em 2050. O índice de envelhecimento da população em Portugal, em 2011, era de 128 (por cada 100 jovens existiam 128 idosos). Como consequência deste envelhecimento, têm aumentado os síndromes geriátricos, como as demências. Surge, assim, a necessidade de elaborar um fluxograma de decisão nos cuidados de saúde primários (CSP), de forma a fazer uma correta orientação diagnóstica e terapêutica, nos casos de demência.

Objetivos: Dotar os profissionais de saúde de uma ferramenta simples, que permita uma correta abordagem das demências nos CSP. Métodos: Pesquisa bibliográfica de artigos de revisão e de recomendações de orientação clínica utilizando a palavra-chave: Dementia.

Resultados: Um diagnóstico precoce de demência permite que o idoso tenha atempadamente acesso ao tratamento farmacológico mais apropriado. A correta anamnese é a base para o diagnóstico. Esta deve incluir informação acerca dos sintomas cognitivos, funcionais e comportamentais do doente. Existem vários instrumentos e testes disponíveis para a avaliação da função cognitiva, como o *Mini-Mental State Examination*, o teste do relógio, o *Mini-Cognitive Assessment* e o teste de *MoCA (Montreal Cognitive Assessment)*. Contudo, é fundamental o diagnóstico diferencial com depressão, delirium, drogas/fármacos e outras demências (os 4 D's). No decurso da investigação é ainda feito o controlo analítico e exames de imagem.

Discussão: Embora os CSP ocupem uma posição privilegiada, apenas 50% dos casos de demência são diagnosticados aqui. Torna-se, portanto, premente adotar uma abordagem sistematizada de forma a distinguir os tipos de demências e a sua abordagem.

P 172

UM CORE SET ABREVIADO DE AVALIAÇÃO BIOPSISSOCIAL EM CUIDADOS PÓS-AGUDOS

Ana Paula Fontes

Hospital Particular do Algarve; Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa

Introdução: Os *Core Sets* de avaliação/intervenção da funcionalidade são instrumentos descritores multidimensionais que facilitam em contexto clínico a aplicabilidade do modelo biopsicossocial da OMS, operacionalizado pela Classificação Internacional de Funcionalidade.

Objetivos: Validar um *Core Set* Abreviado Geriátrico de avaliação/intervenção em cuidados pós-agudos.

Material e métodos: Foi desenhado um estudo observacional, do tipo analítico e longitudinal.

Integraram a amostra, indivíduos com 65 ou mais anos, internados nas unidades de convalescença e média duração da Rede Nacional de Cuidados Continuados da região do Algarve.

Foram utilizados três instrumentos de recolha de dados: um questionário sociodemográfico, o Método de Avaliação Biopsicossocial e o *Core Set* Geriátrico Abrangente da OMS.

A escolha das categorias do *Core Set* Abreviado teve em conta as variáveis que fizeram parte dos modelos de regressão logística dos outcomes da funcionalidade alcançada, após avaliado o seu poder preditivo (p Hosmer Lemeshow > 0,05) e discriminativo (área sob a curva ROC > 0,7).

Resultados: A amostra foi constituída por 451 indivíduos dos quais 62,1% eram mulheres. Todos os modelos revelaram bons valores preditivos, sendo que o poder discriminativo variou entre aceitável e bom. Das 21 variáveis independentes que integraram os modelos explicativos da funcionalidade, foi possível organizar uma listagem de 28 categorias dos componentes da funcionalidade funções do corpo, atividades/participação e fatores ambientais.

Discussão/Conclusões: A proposta do presente *Core Set* Geriátrico facilita e uniformiza o processo de avaliação/intervenção em cuidados pós-agudos, com um enfoque importante no componente Atividades/Participação de onde se destacam os domínios da mobilidade e dos auto cuidados.

P 173

MAUS TRATOS NOS IDOSOS

Silva, Jacqueline¹, Pinto, Miguel², Freitas, Sérgio³, Gomes, Paulo⁴

¹Interna 1º ano MGF, ²Interno 2º ano MGF, ³Assistente de MGF, ⁴Coordenador do Internato Médico de MGF na RAM, Serviço de Medicina Geral e Familiar/Centro de Saúde de Câmara de Lobos- SESARAM. Funchal

Introdução: O abuso ou maus tratos em idosos é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como qualquer acto único, repetido ou omissão, que possa ser prejudicial à saúde ou causar mal-estar ao idoso. O abuso tem de ocorrer no contexto de uma suposta relação estabelecida de confiança e responsabilidade entre o cuidador e o idoso.

O termo abuso tem conotação criminal, contudo em certos contextos, pode ocorrer de forma não intencional.

As diferentes formas de violência no idoso acarretam o aumento de morbilidade, mortalidade e implicam maiores gastos no sector da saúde.

Os Médicos de Família encontram-se numa posição privilegiada para prevenir, detectar e intervir no indivíduo e na sociedade diminuindo as complicações dos maus tratos.

Objetivos: Rever conceitos de maus tratos nos idosos. Realçar o papel fulcral do médico família na prevenção e quais as estratégias que devem ser usadas para proteger os idosos e impedir este flagelo na comunidade.

Metodologia: Pesquisa de artigos sobre esta temática, publicados, usando as palavras chave: *Elder abuse*, maus-tratos, negligência nos idosos e consulta de livros de texto de referência e publicações periódicas.

Resultados: Os maus tratos nos idosos são um problema de difícil estudo visto que não há características patognómicas e a múltipla comorbilidade inerente à idade das vítimas torna difícil a sua detecção. Epidemiologicamente tem uma prevalência entre 1-35% segundo OMS, e não existe uma prevalência demonstrada por *status* sócio-económico, etnia e religião.

O abuso nos idosos é classificado em cinco tipos, abuso físico/sexual, psicológico, financeiro, negligência e auto-negligência. Cada subtipo apresenta sinais de alarme e cabe ao técnico de saúde identificar a estes caso e tentar intervir. A intervenção do médico não deve limitar-se ao idoso, mas também a todo o meio envolvente, que inclui o meio sociocultural, o agressor e como é evidente a vítima.

O médico de família deve optar por uma entrevista singular (idoso) e em conjunto (idoso e cuidador), usando linguagem clara, e criando um ambiente seguro, empático e confidencial. Existem perguntas sugeridas, contudo não há evidências do uso de rastreios e questionários. O exame objectivo deve ser completo e detalhado.



Conclusão: Os maus tratos em idosos são um problema de difícil identificação e são muitas vezes sub-diagnosticados e sub-notificados. Os médicos de família e as equipas multidisciplinares devem estar atentos aos sinais de alerta nas consultas e nas visitas domiciliárias. O médico pode intervir em diferentes níveis do problema, não só tratando a vítima como prevenindo a ocorrência de novos casos.

P 174

BEXIGA HIPERATIVA NOS IDOSOS: A REALIDADE DOS UTENTES DA USF TEJO

Catarina Morgado, Diana Duarte, Inês Vinga, Andrea Antunes, Miguel Ferreira, Avelina Moniz
USF Tejo

Introdução: A Bexiga Hiperativa (BHA) caracteriza-se por urgência miccional com ou sem incontinência, acompanhada de maior frequência urinária e noctúria. A prevalência é 17% nos adultos aumentando com idade. De etiologia multi-factorial é pertinente o diagnóstico e acompanhamento pelo Médico de Família. No idoso assume maior relevo pelas co-morbilidades associadas.

Objetivos: Caracterizar a sintomatologia associada à BHA.

Calcular a prevalência de BHA em utentes ≥ 65 anos na USF Tejo.

Material e métodos: Estudo descritivo, observacional

População: utentes ≥ 65 anos da USF Tejo – 4132

Amostra: de conveniência - utentes ≥ 65 anos que responderam ao inquérito adaptado do Questionário para Validação de BHA (OAB-V8™) – 101

Análise estatística dos dados em Excel®.

Resultados: Estudámos 2.4% da população, sendo 58.4% do sexo masculino e 41.6% feminino. O tercil etário de maior volume (70-74 anos) corresponde a 47.5%.

O sintoma mais prevalente foi “acordar durante a noite porque teve vontade de urinar” e o mais incómodo “urinar frequentemente durante o dia”.

58.4% apresenta um score ≥ 8 (alta probabilidade BHA), destes 57.6% são do sexo masculino e 42.4% do feminino. A média de score é de 15.3 (± 6.5), sendo a moda 8.6. Em média o género feminino apresentou um score mais elevado (M-17.2 ± 7.2) face ao masculino (M-14 ± 5.9).

Discussão/Conclusões: Os sintomas de BHA são muito comuns nos idosos da USF. A maioria dos doentes apresenta elevada probabilidade de sofrer desta patologia em particular o sexo masculino. A amostra embora pequena face à população, permite-nos inferir a prevalência e impacto da BHA.

P 175

PERTURBAÇÃO COMPORTAMENTAL DO SONO REM – NÃO SÃO SÓ PESADELOS!

Ana Rita Luz¹, Joana Nogueira Teixeira²

¹USF Santo André de Canidelo, ACES Gaia; ²USF Garcia de Orta, ACES Porto Ocidental

Introdução: A perturbação comportamental do sono REM (RBD – REM behavior disorder) consiste numa perda da atonia muscular característica desta fase do sono, associada a sonhos vívidos com movimentos vigorosos. Estima-se que possa atingir 9% da população mais idosa.

Objetivos: Chamar a atenção para a importância do reconhecimento da RBD e sua orientação nos Cuidados de Saúde Primários.

Material e métodos: Realizou-se uma pesquisa na base de dados

Pubmed® com os termos *REM sleep behavior disorder* e *neurodegenerative diseases*, seleccionando artigos dos últimos 5 anos, em Português ou Inglês.

Resultados: Existe uma forte relação entre a RBD e o desenvolvimento a médio/longo prazo de doenças neurodegenerativas, sobretudo a Doença de Parkinson. Perante sintomatologia típica e resultado positivo em questionário validado (RBD1Q), o diagnóstico é confirmado com estudo polissonográfico.

Discussão/Conclusões: A Medicina Geral e Familiar está na linha da frente do reconhecimento das perturbações do sono, pelo que se torna essencial a informação acerca da RBD e do seu papel como marcador neurodegenerativo precoce. Neste contexto, é fundamental não só a monitorização cognitiva e a prevenção de lesões durante o sono, como também o encaminhamento hospitalar para que, no futuro, terapias neuroprotetoras possam ser aplicadas precocemente.

P 176

CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA E FATORES ASSOCIADOS NUMA POPULAÇÃO DE IDOSOS

Carla Pereira Débora Vieira Rodrigues
USF Fafe Sentinela

Introdução: A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbi-mortalidade a nível mundial. A prevalência aumenta com a idade, pelo que a população idosa é particularmente acometida. O diagnóstico correcto e avaliação periódica são essenciais para aumentar a sobrevida dos doentes.

Objetivos: Caracterização clínica e sociodemográfica da população de idosos com DPOC de uma unidade de saúde familiar.

Material e métodos: Estudo observacional, transversal e descritivo. Através do programa MIM@UF® obteve-se a lista dos utentes com DPOC (códigos R79/R95), com idade ≥ 65 anos. Realizou-se espirometria com prova de broncodilatação e aplicou-se um questionário com os dados sociodemográficos e clínicos.

Resultados: Foram convocados 85 idosos, dos quais compareceram 69 (taxa de adesão de 81%). Confirmou-se o diagnóstico de DPOC em 44% (47% sexo feminino, 53% sexo masculino). Média de idades de 79 anos. 77% dos idosos apresentavam fatores de risco para DPOC. Verificou-se taxa de vacinação de 87% para a vacina da gripe e 30% para a vacina antipneumocócica. Apenas 13% dos idosos realizaram reabilitação respiratória no último ano. 20% dos idosos não se encontravam medicados com terapêutica dirigida à DPOC. Com base no estadio funcional, apenas 17% apresentavam terapêutica adequada.

Discussão: Verificou-se uma prevalência elevada de sobrediagnóstico. Contudo a prevalência observada é inferior à descrita na literatura, pelo que equaciona-se a possibilidade de subdiagnóstico, na população de idosos em geral. As taxas de cobertura vacinal e de adequação terapêutica encontram-se abaixo do espectável. Urgem medidas corretivas com vista a aumentar os ganhos em saúde desta população.

P 177

PREVENÇÃO PRIMÁRIA NO IDOSO

Teresa Vieira de Abreu, Diana Neto
USF Venda Nova, ACES Amadora

Introdução: A esperança média de vida em Portugal cresceu 3 anos entre 2002 e 2012. A longevidade associada exige uma mudança de

paradigma no que respeita à prevenção. Os idosos apresentam risco aumentado de doença que pode limitar o status funcional. Contudo, também os idosos podem ser alvo de atitudes preventivas, nomeadamente a vacinação, promoção do exercício físico e avaliação do risco de queda.

Objetivos: Revisão sobre prevenção primária no idoso.

Material e métodos: Pesquisa de artigos de revisão nas bases de dados *CochraneLibrary*, *UpToDate*, *DynaMed*, *Pubmed*, *Medline*, *ClinicalKey* e normas DGS, publicados nos últimos 10 anos, nas línguas inglesa e portuguesa, utilizando os termos *Mesh screening elderly* e *primary prevention*.

Resultados: A vacinação não se restringe à pediatria nem se reduz à vacinação antitetânica e antigripal. A imunossupressão no idoso leva a que a vacinação possa ter um papel significativo, nomeadamente antipneumocócica e anti-herpes zoster. O exercício físico demonstrou benefícios globalmente, mas deve ser adequado ao status funcional de cada idoso. Já o risco de queda deve ser periodicamente avaliado através de escalas validadas.

Discussão/Conclusões: O prolongar da esperança de vida aumenta muito a faixa etária convencionalmente designada por "Idosos", alargando também o leque de condições incluídas. É escassa a evidência que permita estabelecer normas de actuação adequadas a um grupo populacional diverso. Globalmente, para cada atitude preventiva devem ser levados em conta os benefícios e riscos inerentes. Um dos pilares da Medicina Geral e Familiar é precisamente a prevenção, devendo adequar-se de forma sustentada e sistematizada a cada doente.

P 178

DISFUNÇÃO ERÉTIL NO IDOSO

Helena Faustino¹, Lília Simões², Lina Moreira³, Paulo Pancrácio⁴

¹UCSP Monchique, ²USF Farol, ³UCSP Lagos, ⁴UCSP Portimão

Introdução: A disfunção erétil é um distúrbio comum, de etiologia multifatorial, com elevada prevalência em homens com mais de 60 anos, apresentando repercussões importantes a nível biopsicossocial.

Objetivos: Revisão do tema, com avaliação dos aspetos epidemiológicos, etiológicos, diagnósticos e terapêuticos da disfunção erétil na população geriátrica.

Material e métodos: Pesquisa bibliográfica com recurso a livros, guidelines de 2015 da Associação Europeia de Urologia e artigos de revisão da Pubmed, sem restrição de data e idioma. Palavras-chave: *Erectile dysfunction; elderly*.

Resultados: Embora comum, a disfunção erétil é frequentemente subdiagnosticada pela dificuldade da sua abordagem, tanto pelo doente como pelo profissional de saúde. Pode resultar de causas vasculares, neurológicas, anatómicas, hormonais, farmacológicas e/ou psicogénicas. Associa-se frequentemente a doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, comuns entre a população geriátrica, pelo que deve ser encarada multidisciplinarmente. O diagnóstico é maioritariamente clínico, com recurso a uma anamnese e exame objetivo dirigidos, acompanhado de exames complementares de diagnóstico, se necessário. Apesar da diversidade de opções terapêuticas, os inibidores da fosfodiesterase tipo 5 permanecem como primeira linha de tratamento, devendo associar-se a um aconselhamento apropriado do doente e respectivo parceiro sexual.

Discussão/Conclusões: A atividade sexual é um componente importante da vida, independentemente da idade. No idoso, a disfunção erétil surge como uma patologia frequente, em parte, associada a comorbilidades cardiovasculares. Nesse sentido, o médico de famí-

lia assume um papel fundamental na realização de uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada, tendo em conta as expectativas do doente, determinando uma melhoria da sua qualidade de vida.

P 179

NOVOS ANTICOAGULANTES ORAIS E POTENCIAIS IDAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Joaquim Dores, Ana Ramos

Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, USF Santo António da Charneca, ACES Arco Ribeirinho

O presente caso aborda um doente do sexo masculino, 91 anos, semi-autónomo nas actividades da vida diária e com antecedente de fibrilhação auricular permanente sob hipocoagulação oral sem história progressiva de acidente vascular cerebral. O doente recorreu ao Serviço de Urgência do nosso Hospital por síndrome coronária aguda, tendo-se diagnosticado enfarte agudo do miocárdio tipo 2 devido a anemia aguda (hemoglobina de 8 g/dl em indivíduo com hemoglobina basal de 13 g/dl) por prováveis perdas gastrointestinais associadas a hipocoagulação com dabigatrano 110 mg bid.

Após transfusão de unidade de concentrado eritrocitário verificou-se melhoria sintomática, sem recorrência de torcálgia nem outra sintomatologia associada ao longo de todo o internamento.

Durante o internamento não se verificaram novas perdas hemáticas visíveis, tendo-se reiniciado terapêutica antitrombótica (ácido acetil-salicílico e heparina de baixo peso molecular), sem novas ocorrências hemorrágicas, pelo que o doente teve alta medicado com apixabano 2.5 mg bid.

O caso descrito retrata a importância da selecção cuidada dos doentes a quem iniciar os designados novos anticoagulantes orais e entre estes agentes quais são os mais adequados para cada doente, isto é, a importância da individualização terapêutica, especialmente relevante nos doentes idosos e com co-morbilidades.

P 180

QUANDO A SOLIDÃO COMPLICA A DOENÇA: A PROPÓSITO DE UM CASO

Joana Castanheira, Ana Marques da Silva, Ângela Alves, Pedro Coutinho

USF Santo António, ACeS Cávado III

Enquadramento: A prevenção quaternária é a prevenção do excesso de intervencionismo médico.

A população idosa é especialmente suscetível a situações de polimedicação e aos seus efeitos adversos. Nos Estados Unidos, 36% das pessoas entre os 75 e 85 anos estão medicados com mais de 5 fármacos.

Descrição do caso: CLF, 84 anos, a viver sozinha, com hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2 e fibrilhação auricular (FA). Recorreu ao médico de família por início de dor torácica ligeira associada a cervicálgia esquerda, agravada com o movimento da cabeça, com alguns dias de evolução. Ao exame apresentava TA=159/66mmHg, pulso arritmico, FC=45-60bpm e objetivava-se um sopro sistólico, sendo o restante exame normal. Encontrava-se polimedicada com metformina/sitagliptina, digoxina, enalapril/lecarnidipina, telmisartan/amlodipina, hidroclorotiazida/amilorida e varfarina. Constatou-se que tomava a medicação de forma irregular e não tomava a varfarina há algum tempo.

Foi encaminhada ao SU e o ECG revelou FA com resposta ventricular de 47bpm e alterações ST/T por sobrecarga ou efeito digitalico. Nas



análises: INR=3.4, creatinina=2mg/dl, K+=5,5mg/dl e digoxinemia de 4,2 (NO.9-2). Ficou internada para tratamento da intoxicação digitálica.

Discussão: Este caso demonstra a importância da otimização da terapêutica no idoso, sendo essencial valorizar o status fisiológico e mental do doente assim como a adequação, dose, toxicidade, horário e efeitos laterais dos medicamentos prescritos.

Apesar da maior disponibilidade dos meios sociais de apoio, são muitos os casos em que os idosos vivem sozinhos, o que pode condicionar riscos, devendo o médico de família estar alerta para essas situações.

P 181

ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO DO IDOSO COM HIPERTENSÃO

Ana Isabel Esteves, João Marques Santos, Francisco Sande Nogueira USF São João Evangelista dos Lóios

Introdução: Nos idosos verifica-se um aumento da prevalência da hipertensão arterial (HTA). O tratamento adequado da HTA, farmacológico e não farmacológico, assume um papel fundamental na redução de eventos cardiovasculares. Alguns doentes apresentam valores tensionais fora do alvo, mesmo atingindo doses terapêuticas máximas prescritas, questionando o cumprimento da terapêutica prescrita.

Objetivo: Identificar as principais causas de má adesão terapêutica no doente idoso e estratégias a adoptar.

Métodos: Pesquisa de revisões sistemáticas, meta-análises, artigos originais, revisões baseadas na evidência no *PubMed*, *UptoDate*, *SciELO* e *Google Scholar*, utilizando os termos *MeSH hypertension*, *patient compliance*, *aged* e *therapeutics*. Como critérios de inclusão seleccionaram-se artigos considerados relevantes para o objectivo do trabalho, publicados nos últimos 10 anos, em português, espanhol e inglês. Excluíram-se estudos com *abstract* indisponível.

Resultados: Foram encontrados 1025 artigos, dos quais se seleccionaram 14 que cumpriram os critérios de inclusão. Diversos autores consideram que o mau controlo da HTA pode estar associado a fraca adesão terapêutica. Os principais factores que levam à não adesão terapêutica estão relacionados com as características da doença, do doente e da terapêutica.

A verificação e motivação por telefone ou recurso a alarme no telemóvel mostrou-se eficaz no cumprimento terapêutico e controlo da HTA.

Conclusão: Conhecer e perceber os factores que influenciam a adesão à terapêutica anti-hipertensiva é importante na prática clínica e facilita a criação de estratégias para aumentar o cumprimento terapêutico. Estabelecer protocolos de verificação e motivação do doente idoso pode melhorar o controlo da HTA.

P 182

SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E PERCEÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA INSTITUCIONALIZADA

Teresa Barão

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A alteração da estrutura demográfica associada ao envelhecimento populacional é uma realidade. É importante o investimento no conhecimento científico na área do envelhecimento para que se conheçam as suas consequências.

Objetivos: Avaliar a relação entre a satisfação com o suporte social e a percepção do estado de saúde das pessoas idosas institucionaliza-

das na cidade da Covilhã.

Material e métodos: Os dados foram recolhidos por entrevista com a aplicação de diversos instrumentos: questionário de caracterização sociodemográfica, *Mini Mental State Examination*, Questionário de Autoavaliação da Saúde e do Bem-estar Físico e a Escala de Satisfação com o Suporte Social. No total participaram neste estudo duas instituições e uma amostra final de 68 indivíduos entre os 66 e os 101 anos.

Foi realizado o estudo descritivo e inferencial através da aplicação dos testes de correlação de Kendall e de Pearson e o teste qui-quadrado/Phi and Cramer's V.

Resultados: A maioria dos idosos perceciona a sua saúde como "aceitável" ou "fraca" e apresenta uma satisfação média com o suporte social, influenciada positivamente quando recebiam visitas. Os idosos com maior satisfação com o suporte social apresentaram melhor percepção de saúde.

Discussão/Conclusões: Verificou-se a existência de uma relação positiva entre a satisfação com o suporte social e a percepção de saúde. São inúmeros os estudos que evidenciam que o suporte social proporciona mais saúde, neste sentido é importante que os profissionais de saúde estejam atentos à componente social e promovam ativamente a relação dos idosos com a sua família e amigos.

P 183

DOENÇA DE PAGET – RELATO DE UM CASO (IN)VULGAR

¹Susana Vilar Santos, ¹Joana Leça, ²Ana Cláudia Magalhães

¹USF Terras do Ave, ²UCSP Moimenta da Beira

Enquadramento: A Doença Óssea de Paget (DOP) é uma doença metabólica, caracterizada pela alteração localizada da remodelação óssea acelerada e alterações da estrutura óssea. A DOP predomina no esqueleto axial, ossos longos e crânio. A incidência aumenta com a idade e é mais comum em caucasianos, predominando no género masculino. Como a causa é desconhecida, considera-se que factores genéticos e ambientais contribuem para a patogénese. A maioria dos doentes está assintomática, contudo, 10-30% apresentam dor contínua, deformidade óssea, fraturas patológicas, sintomas neurológicos, surdez. Na maioria, o diagnóstico é clínico, imagiológico e analítico. A dor é a principal indicação para o tratamento. Os bifosfonatos são a terapêutica *gold standard*, associada a vitamina D e cálcio.

Descrição de Caso: JSF, género masculino, 67 anos, caucasiano, reformado, inserido numa família nuclear e Graffar de classe média. Dos antecedentes pessoais destaca-se DPOC e baixa acuidade auditiva sequelar a TCE. Em fevereiro de 2015, recorreu à USF por protuberância recente no membro inferior esquerdo (MIE). Negava qualquer queixa sistémica. Ao exame objetivo, deformidade da tibia esquerda, indolor à palpação, sem edema, calor ou rubor locais. Dos exames complementares, no rx do MIE "espessamento da cortical" e na TC do MIE "alterações compatíveis com DOP e encurvamento em sabre da tibia".

Discussão: Por ser assintomática, a DOP é subdiagnosticada, tornando-se importante o reconhecimento, de modo a tratá-la precocemente, preservando a qualidade de vida dos doentes. Dado que a disseminação das lesões pagéticas é pouco usual, o médico de família deve tranquilizar e promover a saúde e bem-estar do indivíduo e da família.

P 184

A AMPUTAÇÃO MAJOR NA POPULAÇÃO IDOSA: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Gabriela Machado¹, Filipa Caldeira², Nuno Mendonça², José Baptista³, Ana Raquel Afonso⁴, Maria José Ferreira⁴

¹Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta, ²Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de Nossa Sra. do Rosário, ³Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de São Bernardo, ⁴Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital Garcia de Orta

Introdução: A amputação major é um procedimento que acarreta altas taxas de morbilidade e mortalidade. Contudo, existem poucos estudos epidemiológicos sobre a amputação na população idosa.

Objetivo: Determinar a morbi-mortalidade associada a amputação major no doente idoso e quais os factores de mau prognóstico.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos doentes com mais de 70 anos submetidos a amputação major (perna ou coxa), nos anos de 2013 e 2014, no Hospital Garcia de Orta, em Almada.

Resultados: Foram identificados 119 idosos submetidos a amputação major no período referido, 114 pela coxa e 5 pela perna. As comorbilidades mais frequentes foram a diabetes mellitus e patologia cardíaca. 43% dos doentes eram previamente acamados. 18.5% dos doentes tinham sido previamente submetidos a procedimentos de revascularização do membro inferior. A taxa de morbilidade foi de 52%, sendo que as complicações mais frequentes foram as da ferida operatória. A taxa de mortalidade aos 30 dias foi de 16.7% e no 1º ano foi de 40%.

Conclusões: A taxa de morbi-mortalidade verificada foi elevada. Para além da detecção precoce das complicações, destaca-se a importância da prevenção da doença vascular periférica e diabetes e a necessidade de detecção e tratamento atempados nas feridas nos diabéticos.

P 185

PRURIDO NO IDOSO – UM DESAFIO CLÍNICO

¹Susana Vilar Santos, ²Jéssica Perpétuo, ³Maria Inês Oliveira

¹USF Terras do Ave, ²USF Horizonte, ³USF Lagoa

Introdução: O prurido é o sintoma cutâneo mais prevalente em pacientes com mais de 65 anos. A prevalência aumentada do prurido nos idosos pode ser atribuída a um declínio do estado fisiológico da pele. Os sintomas do prurido podem ser potencialmente debilitantes e ter um impacto significativo, diminuindo a sua qualidade de vida.

Objetivos: Esta revisão tem como objetivo abordar a etiologia, a avaliação, a gestão e as opções terapêuticas do prurido no idoso.

Material e métodos: Revisão sistemática da literatura das bases de dados Pubmed e Medscape. A pesquisa decorreu em Março de 2015. Foram selecionados artigos de revisão, sem restrição de idioma ou de data. A pesquisa foi realizada com as seguintes palavras-chave *MeSH*: *pruritus* e *aged*.

Resultados: A etiologia do prurido é multifatorial. Em primeiro lugar, deve descartar-se a presença de uma doença dermatológica. Posteriormente, excluir efeitos iatrogénicos de um fármaco e, por último, a existência de uma doença sistémica. Se não se identificar nenhuma causa, classifica-se como idiopático. Uma história clínica e um exame físico metuculosos são essenciais para estabelecer o diagnóstico. Em pacientes com prurido é necessário identificar e tratar a causa, alterar estilos de vida e, eventualmente, usar tratamento tópicos ou sistémicos.

Conclusão: A abordagem do prurido em medicina geral e familiar é um desafio clínico. É primordial considerarem-se os efeitos adversos

da medicação e as comorbilidades, sendo que os principais objetivos são melhorar a qualidade de vida do paciente e erradicar o desconforto inerente.

P 186 – Retirado

P 187

HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA: PAPEL DOS INIBIDORES DA 5-FOSFODIESTERASE

Andreia Pinto¹, Isabel Melo², Mafalda Gonçalves², Mariana Fonseca², Sara Miranda³

¹USF São Miguel, ²USF Anta, ³USF Espinho

Introdução: Os sintomas do trato urinário inferior (LUTS) e a disfunção sexual (DS) são altamente prevalentes nos doentes idosos com Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP), tendo elevado impacto na qualidade de vida. A correlação entre a gravidade dos LUTS e o grau de DS, associada a fatores de risco semelhantes, sugere uma via fisiopatológica comum, motivando o crescente interesse no papel dos inibidores da 5-fosfodiesterase (iPDE5) na abordagem terapêutica da HBP.

Objetivo: O objetivo deste trabalho foi analisar a literatura mais recente relativa à eficácia e segurança dos iPDE5 no tratamento dos LUTS associados à HBP.

Material e métodos: Foi efetuada uma pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *Medline*, *Cochrane Library* e *Index* de Revistas Médicas Portuguesas de artigos na língua inglesa e portuguesa entre janeiro de 2005 e janeiro de 2015, utilizando os termos *MESH benign prostatic hyperplasia, lower urinary tract symptoms, phosphodiesterase-5 inhibitors, sexual dysfunction*.

Resultados: A terapêutica com iPDE5 revelou-se eficaz e segura na maioria dos estudos analisados. A sua utilização, em monoterapia ou associação com alfa bloqueantes, tem demonstrado um efeito significativo na melhoria dos LUTS e da DS.

Discussão/Conclusões: A função sexual no doente idoso é frequentemente subavaliada e o Médico de Família assume um papel primordial nesta abordagem, individualizando a melhor estratégia terapêutica, especialmente quando associados LUTS por HBP.

A utilização dos iPDE5 no tratamento dos LUTS associados à HBP carece de mais estudos, assumindo cada vez mais relevância enquanto terapêutica promissora nestes doentes, com ou sem DS.

P 188

“REDE 65: MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE” REGISTO DE GRAU DE DEPENDÊNCIA NOS UTENTES COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS, NUMA UNIDADE DE SAÚDE: MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

Sarah Cardoso; Ana Rita Reis; Carina C. Pereira, Carolina Araújo; Diana Pinho Cruz; Paulo Gonçalves
USF Terras de Santa Maria

Introdução: Com o envelhecimento, a probabilidade de dependência aumenta, acarretando desafios, relativamente à qualidade de vida, e tornando a avaliação funcional essencial. Tendo em conta que a Escala de Barthel é um dos parâmetros na Ficha Individual do programa SAM, avaliar o seu registo, permite conhecer as pessoas com dependência.

Objetivo: Avaliar a qualidade na identificação do grau de dependência, nos registos clínicos na ficha individual, através da escala Barthel, nos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, numa Unidade



de Saúde Familiar (USF): global e por Médico de Família.

Métodos: Dimensão: qualidade técnicocientífica. Tipo de estudo: garantia e melhoria da qualidade. Unidade de estudo: Utentes com idade igual ou superior a 65 anos, inscritos na USF; Profissionais: 6 médicas; Período de tempo: 2013, 2014 e 2015. Amostra: Base institucional, utentes inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, até dezembro do ano analisado com pelo menos uma consulta programada presencial. Fonte de dados: SAM. Tipo de avaliação: Interna. Relação temporal entre avaliação e ação avaliada: Retrospectiva. Tipo de intervenção: Educacional. Critério avaliado: Registo, na ficha individual, do grau de dependência para as atividades de vida diárias através do cálculo da escala de Barthel.

Resultados: Dos idosos que tiveram consulta, 24% e 39,7%, respetivamente, na primeira e segunda avaliação tinham registo da Escala de Barthel. Por médico, a maioria melhorou.

Discussão/Conclusão: Os resultados globais, apesar da melhoria, continuam no nível mau do padrão de qualidade estabelecido. Mantem-se necessário sensibilizar para a avaliação e registo do Barthel.

P 189

O PAPEL DOS INIBIDORES DA BOMBA DE PROTÕES NO DESENVOLVIMENTO DE DEMÊNCIA: QUAL A EVIDÊNCIA?

Catarina Vidinha, Filipa Matias

USF Novo Sentido, AceS Porto Oriental

Introdução: Os inibidores da bomba de protões (IBP's) são dos medicamentos mais prescritos a nível mundial. Estes têm a capacidade de atravessar a barreira hematoencefálica, prevenindo-se que possam influenciar a cognição pela diminuição de vitamina B12 e aumento do péptido β -amiloide.

Objetivos: Rever a evidência sobre a relação entre o uso de IBP's e o risco de desenvolvimento de demência.

Métodos: Foram pesquisadas normas de orientação clínica, revisões sistemáticas, meta-análises e estudos originais na Pubmed, publicados entre 1 de Janeiro de 2010 e 26 de Março de 2015. Utilizaram-se os termos *MeSH proton pump inhibitors e dementia*. Foi aplicada a escala *Strength of Recommendation Taxonomy* da *American Family Physician* para avaliação dos níveis de evidência (NE) e atribuição das forças de recomendação.

Resultados: Dos 14 artigos encontrados, 3 cumpriam os critérios de inclusão: 1 caso-controlo, 1 estudo de coorte, 1 opinião de perito. Todos os artigos evidenciam o provável impacto negativo do uso de IBP's no desenvolvimento de demência.

Conclusão/Discussão: A prevalência atual de demência e o galopante envelhecimento da população levam-nos a concluir que se impõe uma necessidade imediata de agir sobre todos os fatores que possam diminuir a incidência de demência. Não obstante a necessidade de mais estudos epidemiológicos, os resultados obtidos nesta RBE sugerem que o uso de IBP's pode ser prejudicial para a população idosa pelo aumento do risco de demência (NE 2B). A prescrição de IBP's nesta população, deverá ser realizada apenas com critérios de elevado rigor, incluindo a definição concreta da duração da terapêutica.

P 190

EXERCÍCIO FÍSICO COMO UM MÉTODO NA PREVENÇÃO DE QUEDAS NO IDOSO

Joana T. Fazendeiro

Unidade de Saúde do Arco

Introdução: As quedas na população idosa devidas à diminuição do equilíbrio e mobilidade são um importante problema de saúde pública. Estas podem resultar na diminuição da qualidade de vida e invalidez.

Objetivos: Avaliar a eficácia do exercício físico como método de prevenção de quedas no idoso.

Metodologia: Pesquisa de revisões sistemáticas, meta-análises e ensaios clínicos controlados e aleatorizados na *PubMed* e *Cochrane Library* publicados entre Fevereiro 2010 e Fevereiro 2015, em português, inglês e espanhol, com *abstract* disponível, utilizando os seguintes termos *MeSH aged, accidents, exercise e postural balance*. Critérios de exclusão: participantes com défice cognitivo ou Doença de Parkinson; trabalhos cujo objetivo principal era diminuição do medo de queda; e estudos com protocolos que envolviam métodos de intervenção com aparelhos inacessíveis em ambulatório.

Para avaliar o nível de evidência das recomendações foi utilizada a escala *SORT (Strength of Recommendation Taxonomy)* da *American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 66 artigos, tendo cumprido os critérios de inclusão 10 ensaios controlados e aleatorizados (EAC), 2 revisões sistemáticas, 2 meta-análises.

Dos dez EAC, só dois não revelam redução das taxas de quedas nos idosos no grupo de intervenção em relação ao grupo controlo.

Uma das revisões sistemáticas avaliou o desempenho de exercícios de força na região do tronco e pilates, tendo concluído que as duas modalidades preveniram quedas. A segunda revisão concluiu que o Tai Chi reduz as quedas nos idosos.

A meta-análise publicada em 2012 relata uma fraca evidência de alguns tipos de exercício. Em contraste, a meta-análise publicada em 2013 conclui que os programas de exercício de grupo ou realizados no domicílio reduzem a taxa e risco de queda. Refere ainda que a prática de Tai Chi reduz o risco de queda.

Discussão: Ainda não está bem fundamentado o tipo de exercício que poderá levar a redução de taxa de quedas. Contudo existe algum consenso em relação aos benefícios do exercício físico (Força de Recomendação B), em especial do Tai Chi (Força de recomendação A). É necessário realizar estudos com qualidade metodológica superior, com amostras populacionais mais significativas com uma análise do impacto do exercício físico a longo prazo.

P 191

ATIVIDADE FÍSICA E AUTONOMIA INSTRUMENTAL DAS PESSOAS IDOSAS

Tânia Cristina Mendes Faria, Hugo Daniel Acúrcio Garcia Salgueiro

Unidade de Cuidados na Comunidade de Arraiolos, ARS Alentejo, I.P.; Unidade Saúde Familiar Planície, ARS Alentejo, IP; Universidade de Évora

Introdução: Aliada ao processo de envelhecimento está descrita uma diminuição progressiva da capacidade funcional e adaptativa do idoso, onde o sedentarismo parece actuar como factor desencadeante.

Objetivos: Este trabalho pretende perceber se existe uma relação entre o nível regular de actividade física praticado pelas pessoas idosas e a sua autonomia instrumental.



Material e métodos: Desenvolveu-se um estudo descritivo, correlacional e transversal, no ano 2010, com amostra intencional constituída por 100 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos. A colheita de dados foi efectuada em dois ginásios e dois centros de dia localizados na cidade de Lisboa, e foram utilizados como instrumentos a Escala de Actividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton & Brody, 1969) e o *International Physical Activity Questionnaire* (Craig et al., 2003).

Resultados: Obteve-se uma média de idades de 76 anos, sendo 78% dos inquiridos do sexo feminino. Inseriram-se 30% na categoria de actividade física “ligeira”, 45% na “moderada” e 25% na “vigorosa”. Relativamente à autonomia instrumental, a maioria era moderadamente dependente. Verificou-se que o grau de autonomia instrumental dos idosos aumenta com o aumento da actividade física praticada ($p = 0,815$; $p\text{-value} < 0,001$).

Considerações finais: A actividade física tem assim um papel importante no estilo de vida activo e saudável das pessoas idosas, nomeadamente ao nível da manutenção da autonomia instrumental, pelo que é essencial a qualificação de profissionais para actuar nesta faixa etária no âmbito da promoção e educação para a saúde e da prevenção de doenças e dependência funcional.

P 192

CUIDADOS A TER COM O DOENTE HIPOCOAGULADO

Maria João Gonçalves, Raquel Barros
USF St. André de Canidelo

Introdução: A varfarina tem sido o anticoagulante oral mais utilizado nos últimos anos. No entanto, apresenta uma margem terapêutica estreita e numerosas interações com fármacos e alimentos. Os NACO (novos anticoagulantes orais) têm a vantagem de proporcionar um efeito anticoagulante mais previsível e menor necessidade de controlo da dose. É essencial considerar o potencial de interações desta nova classe.

Objetivo: Rever as interações dos anticoagulantes com a dieta e com os fármacos mais prescritos nos Cuidados de Saúde Primários

Métodos: Pesquisa bibliográfica na base de dados Pubmed, entre 2010 e 2015, utilizando as palavras-chave: Varfarina, NOACs, *drug interactions* e *dietary interactions*.

Resultados: Existe evidência para a precaução do uso concomitante da Varfarina com certos medicamentos como: antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, antidepressivos, hipolipemiantes, anti-epilépticos, entre outros. É importante ter em atenção a ingestão de alimentos ricos em vitamina K (como os legumes de cor verde-escura, fígado, alguns tipos de óleos) e o uso de suplementos que incluam ginkgo, alho, soja ou outras ervas. No que se refere aos NACO, as interações com fármacos e suplementos alimentares são mais restritas.

Conclusão: Os anticoagulantes são fármacos muito utilizados pelos idosos, frequentemente polimedicados e com comorbilidades que aumentam o risco hemorrágico ou trombótico. O Médico de Família deve ter presente as interações medicamentosas e alimentares com este grupo de fármacos, pois destas podem advir consequências graves para o doente.

P 193

VACINA CONTRA HERPES ZOSTER E NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA – UMA REVISÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA

Isabel Machado, Helena Machado, Mafalda Ramos Pereira
USF do Minho, USF Pró-Saúde, USF Vila Formosa

Introdução: O herpes zoster manifesta-se como uma erupção cutânea vesicular dolorosa resultante da reativação do vírus varicela-zoster, nos gânglios da raiz dorsal ou nos nervos cranianos, que ocorre após a infeção primária da varicela. A complicação mais frequente é a neuralgia pós-herpética (NPH), que tem uma incidência aumentada nos indivíduos idosos. A vacina contra o herpes zoster pode ser administrada em indivíduos com idades ≥ 50 anos e tem como objetivo prevenir a zona e a NPH.

Objetivo: Rever qual a evidência do uso da vacina contra HZ na redução da incidência da neuralgia pós-herpética, em indivíduos idosos imunocompetentes.

Metodologia: Pesquisa de normas de orientação clínicas, metanálises, revisões sistemáticas e ensaios clínicos aleatorizados e controlados nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola. Foram utilizados os termos MeSH: herpes zoster vaccine e neuralgia postherpetic. Na avaliação dos estudos e atribuição dos níveis de evidência e forças de recomendação foi utilizada a escala *Strenght of Recommendation Taxonomy (SORT)* da *American Family Physician*.

Resultados: Foram encontrados 61 artigos. Destes, apenas 6 preenchem os critérios de inclusão, dos quais três normas de orientação clínica e três revisões sistemáticas. A maioria dos estudos, à exceção de uma revisão sistemática de elevada qualidade, concluiu que a vacina contra o herpes zoster é eficaz na redução da incidência da neuralgia pós-herpética, em indivíduos a partir dos 60 anos.

Conclusões: Considera-se que a informação disponível à data é escassa e contraditória. Serão necessários mais estudos, de forma a obter conclusões mais consistentes.

P 194

RASTREIOS NO IDOSO: QUANDO PARAR?

Cátia Brites, Manuel Garces Gonçalves
Centro de Saúde de Alvalade, USF do Parque

Introdução: Com o aumento da esperança média de vida (EMV), a problemática de quando parar rastreios é premente. Rastrear pode levar a intervenções que diminuem a morbidade e mortalidade, mas também as pode aumentar se levar a tratamentos e procedimentos inapropriados.

Objetivos: Rever as recomendações em relação à suspensão do rastreio do cancro do colo do útero (CCU), da mama, colo-rectal (CCR) e próstata em indivíduos após os 65 anos.

Material e métodos: Pesquisa nas bases de dados *Pubmed*, *Up-ToDate*, *National Guideline Clearinghouse*, *b-on*, *TripDatabase* e *Directão Geral de Saúde* de artigos publicados entre janeiro de 2010 e janeiro de 2015 com os termos *MESH cancer screening* e *older ou elderly*.

Resultados: Relativamente ao término do rastreio do CCU, podem terminar as doentes sem risco acrescido entre os 60 e os 75 anos, se rastreadas com resultado normal nos últimos 5 anos. Quanto ao rastreio do cancro da mama, este pode ser terminado a partir dos 70 ou 75 anos, na população com EMV inferior a 5 anos. Quanto ao rastreio do CCR, este pode ser terminado aos 74-76 anos e quando a EMV é inferior a 10 anos. Em relação ao cancro da próstata, as entidades que o recomendam aconselham a sua suspensão aos 70-75 anos ou



quando EMV inferior a 10 anos.

Discussão/Conclusões: Geralmente, os idosos com baixa EMV não beneficiam com a continuação dos rastreios. A idade para suspensão dos rastreios não é consensual, sendo recomendada uma abordagem individualizada para esta decisão.

P 195

A GOTA DE ÁGUA NA FRAGILIDADE

Paula Isabel Neves¹, Cláudia Junqueira², João Bizarro Pinho¹

¹Unidade de Saúde Familiar Nova Mateus, ²Unidade de Cuidados Saúde Personalizados Mateus

Com o envelhecimento observa-se um declínio heterogéneo da capacidade funcional. Neste espectro podemos ter idosos saudáveis, em estado de vulnerabilidade ou fragilidade. Estima-se que 75% dos maiores de 85 anos estejam num estado de fragilidade, o que aumenta a morbimortalidade de uma intercorrência.

Mulher de 88 anos com dependência moderada (Barthel 60 em Março/15), antecedentes de insuficiência cardíaca classe III NYHA, estenose aórtica moderada, hipertensão arterial, dislipidemia, demência vascular e parkinsonismo. Atualmente medicada com triazolam 0.25mg uma vez/dia torasemida 5mg uma vez/dia e levodopa+carbidopa 50+12.5mg duas vezes/dia.

Em Abril/15 é avaliada no domicílio por diminuição progressiva da força nos membros inferiores e afasia com 4 dias de evolução.

Do exame objetivo destaca-se Escala de Coma de Glasgow de 9, Barthel de 0, satO₂ aa 91%, auscultação com crepitações na base do pulmão esquerdo, força muscular simétrica 3/5 nos membros superiores, com tremor em repouso, e 0/5 nos membros inferiores. A doente foi referenciada para o serviço de urgência. Dos meios complementares de diagnóstico destaca-se: leucocitose com neutrofilia, elevação de novo das enzimas hepáticas, PCR 14.8mg/dl; urina com leucócitos e proteínas; TC cerebral “Sem lesões agudas(...)”. Enfartes lacunares nos gânglios da base e no cerebelo esquerdo(...). Calcificações ateromatosas carotídeas.”. Teve alta sob antibioterapia no contexto de uma infeção do trato urinário.

Com este caso devemos ponderar a importância de pesquisar a fragilidade no idoso. Por ser uma condição possível de prevenir e reverter parcialmente, torna-se essencial otimizar os fatores de risco, como as comorbidades, a inatividade física e os défices vitamínicos.

P 196

REVISÃO SISTEMÁTICA – PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO NOS IDOSOS

Carla Marinho Anabela Duarte Lígia Monterroso

ARS ALGARVE ICS- UC Porto

Introdução: A depressão é apontada como um problema de Saúde Pública, caracteriza-se como um transtorno do humor resultante da inibição global da pessoa que afeta a função mental, distorcendo as atitudes e sentimentos em relação a si e ao outro. Está associada ao aumento dos riscos de morbilidade e mortalidade, ocasionando um aumento da utilização dos serviços de saúde, negligência no auto-cuidado e adesão reduzida à terapêutica (Alvarenga, 2012; Silva et al, 2012). Apesar de sua relevância clínica, a depressão é pouco valorizada por parte dos profissionais de saúde.

Objetivos: Analisar o conhecimento científico sobre a problemática da depressão nos idosos; Analisar e descrever artigos publicados em revistas científicas (indexadas nas bases de dados online) que

estudam a depressão nos idosos; Identificar fatores condicionantes da depressão.

Material e métodos: Revisão sistemática com recurso a análise de conteúdo pelo método PICO Critérios para a inclusão no estudo: todos os artigos publicados em revistas de cariz científico de acesso livre e gratuito online, publicados entre 2009 e 2014. Em Português, Inglês, Francês e Espanhol. Palavras-chave: Idoso, Depressão, Saúde.

Resultados: 51 artigos selecionados

Discussão/Conclusões: A depressão nos idosos é bastante prevalente. Verificamos que os fatores que tem associação e relação com a depressão são: idade avançada, quedas, limitação da locomoção, da autonomia física e instrumental, solidão, comorbidades, perda do sentido de vida, renúncia e desistência. (Silva, 2012; Monterroso, 2013) Apesar dos sinais e sintomas apresentados pelo idoso deprimido permitirem um diagnóstico rápido por parte do profissional de saúde, nem sempre se verifica.

P 197

ROTAÇÃO DE OPIÓIDES

Isabel Machado, Helena Machado, Mafalda Ramos Pereira
USF do Minho, USF Pró-saúde, USF Vila Formosa

Introdução: A terapêutica com opióides está indicada para o controlo de qualquer tipo de dor crónica, moderada ou forte, independentemente da sua etiologia. Uma vez que a resposta individual a cada opióide é variável, tanto em relação à eficácia, como aos efeitos secundários, pode ser aconselhável mudar de um opióide para outro.

Objetivos: Saber em que consiste a rotação de opióides; em que situações é realizada e como se realiza essa rotação.

Material e métodos: Revisão clássica usando o termo *MeSH: Opioid* e *DeCS: “Opioides”* nas seguintes bases de dados - OMS, DGS, Revista Brasileira de Anestesiologia e *European Association for Palliative Care*.

Resultados: A rotação ou mudança de opióide é uma alteração no opióide ou via de administração do mesmo, com o objetivo de melhorar o resultado terapêutico. Existem tabelas de equianalgesia, contudo as doses e as relações são aproximadas e não doses equivalentes exatas, pelo que devem ser utilizadas como guia de orientação. Devemos proceder à rotação de opióides quando existem efeitos adversos intoleráveis; baixa eficácia analgésica, mesmo com titulação agressiva; interações medicamentosas; preferência do doente, entre outras. A rotação de opióide deve ser individualizada, tendo em consideração a avaliação global do doente.

Discussão/Conclusão: A dose adequada de um opióide determina-se por titulação, sendo as tabelas de equianalgesia apenas uma ferramenta útil para definir a dose inicial prudente de novo opióide. O médico deverá proceder às adaptações necessárias às especificidades de cada doente.

P 198

DEMÊNCIA: PARA ALÉM DAS ALTERAÇÕES COGNITIVAS

Susana Rebelo¹, Paula Ferreira², Sofia Velho Rua³, Ana Couto¹

¹ACeS Ave- Famalicão, USF S. Miguel-O-Anjo, ²ACeS Cávado I, USF S. Lourenço, ³ACeS Ave- Famalicão, USF Ribeirão

Introdução: Os sintomas psicológicos e comportamentais da demência (SPCD) são um grupo heterogéneo de fenómenos clínicos que podem surgir para além das alterações cognitivas inerentes à história natural da doença. Estes sintomas têm um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores. Condicionam

um aumento do uso de fármacos e pior evolução dos sintomas cognitivos. São o maior fator de risco para sobrecarga do cuidador, estando por isso associados a institucionalização mais precoce.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 73 anos, reformada, parcialmente dependente para as atividades de vida diárias. Com antecedentes de demência vascular, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e dislipidemia. Recorreu ao seu Médico de Família (MF) a 17/02/2014 acompanhada pela sua cuidadora, a sua filha, que referia quadro de agitação e agressividade desde há vários meses, com agravamento progressivo. A cuidadora referia comportamentos agressivos contra si, com recusa nos cuidados de higiene diários, tentativas de fuga e sono fragmentado. Ao exame objetivo a doente apresentava-se colaborante, desorientada no tempo, parcialmente orientada no espaço, com um mini-exame do estado mental de 14/30 (4º ano de escolaridade). Após revisão da medicação, realização de teste de combur que foi negativa e exclusão de traumatismo foram pedidas análises. Adicionalmente foi explicada a importância, à cuidadora, da criação de um ambiente seguro durante o banho, sem pressas, lavando o cabelo apenas no fim. Da necessidade de atividades durante o dia, da higiene do sono evitando sesta diurnas. No dia 25/03/2015 voltaram ao MF para mostrar os exames realizados, as análises sanguíneas realizadas a 23/02/2015 não apresentavam alterações exceto hemoglobina A1c de 6.6%. A cuidadora referia agravamento da agressividade e da agitação. Referia também desgaste e dificuldade em lidar com a situação, sentindo-se incapaz de continuar a prestar cuidados à sua mãe. Foi prescrito risperidona 0,25mg (com aumento gradual até 1 mg/dia) e foi novamente reforçada a importância das atividades durante o dia, nomeadamente a inscrição da doente num Centro de Dia. No dia 29/04/2015 a doente recorreu novamente ao MF, acompanhada pela sua cuidadora, que refere melhoria dos sintomas comportamentais, e ingresso no Centro de Dia desde há 2 semanas. Iniciou-se redução da risperidona e remarcou-se consulta para reavaliação.

Discussão: Na sua presença de algum sintoma comportamental ou psiquiátrico da demência, a exclusão de uma causa secundária (não demencial) é obrigatória. É mandatório a identificação de fatores precipitantes ou agravantes que podem estar relacionados com o cuidador, o ambiente ou doente (dor, fármacos, doenças médicas subjacentes). Em termos de tratamento, as medidas não farmacológicas são a primeira linha, exceto em situações graves que ponham em risco a segurança do próprio/terceiros. A terapêutica farmacológica é indicada nos sintomas moderados a graves e sempre conjugado com medidas não farmacológicas. Para além disto, o suporte e o ensino do cuidador devem fazer parte de todo o processo terapêutico uma vez que este é a chave para continuação dos cuidados ao doente no seio do seu ambiente familiar.

P 199

A CEFALEIA DO IDOSO

Joana Castanheira, Ana Marques Silva, Ângela Alves,
Pedro Coutinho
USF Santo António, ACeS Cávado III

Enquadramento: A arterite de células gigantes (ACG) é a vasculite sistêmica mais comum e o principal fator de risco é a idade, com aumento significativo da incidência a partir dos 50 anos.

Sintomas sistêmicos, visuais, claudicação mandibular e cefaleias, são as manifestações mais frequentes, de instalação subaguda. A complicação mais temida é a perda de visão, que ocorre quando há

envolvimento das artérias cranianas. O tratamento faz-se com corticosteróides orais.

Descrição do caso: JN, 85 anos, casado, antecedentes de hipertensão arterial (HTA), medicado com olmesartan.

Recorre à consulta aberta por perda visual progressiva do olho esquerdo, nas últimas três semanas. Queixava-se ainda de cefaleia fronto-temporal esquerda contínua, por vezes em guinada, esta com mais de 6 meses de evolução, assim como astenia e anorexia.

Ao exame físico apresentava visão para vultos à esquerda. As artérias temporais eram palpáveis, mas com pulso diminuído à esquerda. O restante exame era normal. Foi enviado à urgência de Neurologia onde realizou estudo analítico, TC cerebral e avaliação oftalmológica, tendo iniciado corticoterapia por suspeita de ACG. Realizou biópsia da artéria temporal que confirmou o diagnóstico. Atualmente é acompanhado em consulta externa de Neurologia e Medicina Interna.

Discussão: A ACG é uma patologia potencialmente grave pela possibilidade de envolvimento sistémico. Este diagnóstico deve ser considerado pelo médico de família em idosos com cefaleia de novo, alterações da visão, claudicação mandibular, febre ou anemia inexplicada e aumento dos marcadores inflamatórios. A referenciação é mandatória para estudo complementar e a terapêutica deve ser iniciada o quanto antes.

P 200

ABORDAGEM DOS SINTOMAS COMPORTAMENTAIS E PSICOLÓGICOS DA DEMÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Susana Rebelo¹, Paula Ferreira², Sofia Velho Rua³, Ana Couto
¹ACeS Ave, Famalicão, USF S. Miguel-O-Anjo, ²ACeS Cávado I, USF S. Lourenço, ³ACeS Ave, Famalicão, USF Ribeirão

Introdução e objetivos: Os sintomas psicológicos e comportamentais da demência (SCPD) são um grupo heterogéneo de fenómenos clínicos que podem surgir para além das alterações cognitivas inerentes à história natural da doença. Estes sintomas têm um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e dos seus cuidadores. Condicionam um aumento do uso de fármacos e pior evolução dos sintomas cognitivos. São o maior fator de risco para sobrecarga do cuidador, estando por isso associados a institucionalização precoce. Os SCPD são um motivo importante de consulta nos cuidados de saúde primários (CSP), pelo que uma revisão deste tema se torna pertinente

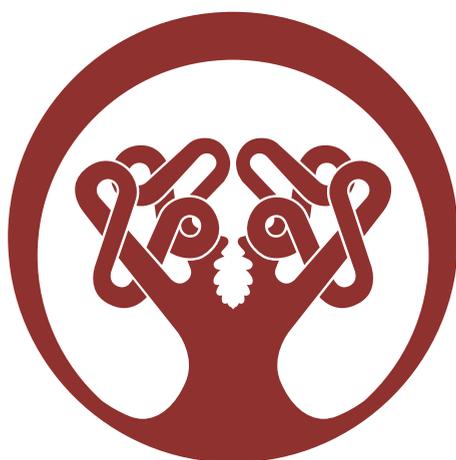
Metodologia: Foi realizada uma revisão clássica com pesquisa, nas bases de dados *Medline*, *National Institute for Health and Clinical Excellence*, *National Guideline Clearinghouse*, *Canadian Medical Association Practice Guidelines InfoBase*, *UpToDate*, Normas de Orientação Clínica da Direção Geral de Saúde (DGS) e no Index de Revistas Médicas Portuguesas, de revisões sistemáticas, meta-análises, ensaios clínicos aleatorizados e normas de orientação clínica. Utilizaram-se os seguintes termos *dementia*, *sintomas comportamentais e psicológicos/psiquiátricos da demência*; *behavioral and psychological symptoms of dementia*; *neuropsychiatric symptoms of dementia*.

Resultados: Foram obtidos 123 artigos, dos quais se usaram 27 artigos, 13 metanálises/revisões sistemáticas, 9 ensaios clínicos aleatorizados e 5 normas de orientação clínica.

Discussão: Os SCPD incluem apatia, agressividade e agitação, ansiedade e depressão, sintomas psicóticos e desinibição, alterações do sono e do apetite. Estima-se que um ou mais destes sintomas é observado em 61-92% dos doentes com demência. Não está definido com que regularidade deve ser realizado o seu rastreio. Mas o



Physician Consortium for Performance Improvement sugere que este seja realizado pelo menos anualmente, uma vez que a intervenção precoce diminui o sofrimento do doente e risco de sobrecarga do cuidador. Na sua presença de algum destes sintomas, a exclusão de uma causa secundária (não demencial) é obrigatória principalmente quando se observam algumas características sintomatológicas particulares. Assim, é mandatório a identificação de fatores precipitantes ou agravantes que podem estar relacionados com o cuidador, o ambiente ou doente (dor, fármacos, doenças médicas subjacentes). Em termos de tratamento, as medidas não farmacológicas são a primeira linha, exceto em situações graves que ponham em risco a segurança do próprio/terceiros. A terapêutica farmacológica é indicada nos sintomas moderados a graves e sempre conjugado com medidas não farmacológicas. Devem ser identificados o sintoma ou sintomas problemáticos e deve ser realizada uma terapêutica dirigida, sempre tendo em conta o risco-benefício, a idade do doente e os possíveis efeitos secundários. Para além disto, o suporte e o ensino do cuidador devem fazer parte de todo o processo terapêutico uma vez que este é a chave para continuação dos cuidados ao doente no seio do seu ambiente familiar.



idoso

10° CONGRESSO

NACIONAL

20 | 21 | Maio | 2016

Geriatría 2016





idoso

9º CONGRESSO
NACIONAL

PATROCÍNIO CIENTÍFICO



Sociedad Española
de Geriatria y Gerontología

MAJOR SPONSORS



SPONSORS



SECRETARIADO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10 | F: +351 21 842 97 19
E: ana.pais@admedic.pt
W: www.admedic.pt

AGÊNCIA DE VIAGENS OFICIAL DO CONGRESSO



Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3. 1000-027 Lisboa
T: +351 21 841 89 50 | F: +351 21 841 89 59
E: paula.cordeiro@admedictours.pt
W: www.admedictours.pt | RNAVT 2526